



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 août 2024

(partie réservée  
à l'Animation Jeunesse)  
Date de réception : .....

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription aux activités proposées par l'Animation Jeunesse FDMJC ALSACE au cours de l'année (ateliers, vacances, séjours...).**

**Ce document n'est à remplir qu'une seule fois par enfant en début d'année scolaire (ou pour toute 1ère inscription en cours d'année). Merci de signaler tout changement (responsable légal/tuteur, adresse, mail...) survenu en cours d'année.**

LE JEUNE

Nom (du jeune) : ..... Prénom : .....  Garçon /  Fille  
Né(e) le : ..... N° de sécurité sociale : .....  
Tél. (portable) : ..... Email : .....  
Assureur RC + N° contrat : .....

PARENTS, TUTEUR, RESPONSABLES

**Merci de remplir toutes les informations pour chaque parent.**

**Parent 1 (tuteur, ou responsable) :**

NOM, Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél : .....  
Port. : .....  
Email : .....  
Employeur : .....

**Parent 2 :**

NOM, Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél : .....  
Port. : .....  
Email : .....  
Employeur : .....



Régime général ou local :  
N° d'allocataire CAF (7 chiffres) : .....

ou  Régime spécial :

MSA, précisez n° : .....  
 Conseil de l'Europe

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (ENFANT ET FAMILLE) / RÈGLEMENTATION RGPD

Les informations demandées font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, et organismes financeurs bas-rhinois (CAF, Collectivité Européenne d'Alsace, etc...). En application des articles 39 et suivants de la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'Animation Jeunesse de votre secteur, ou de la Fédération des Maisons des Jeunes et de la Culture (8, rue du Maire François Nuss - 67118 GEISPOLSEIM) ou [rgpd@fdmjc-alsace.fr](mailto:rgpd@fdmjc-alsace.fr).

- **Je reconnais avoir été informé(e)** que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la FDMJC ALSACE la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans.
- **J'autorise** la FDMJC ALSACE, dans le respect du secret professionnel à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère personnel / médical nécessaires.

### DROITS À L'IMAGE

**J'autorise** que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications et supports de communication (dans un but non commercial) de la la FDMJC ALSACE et de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse sans limitation de durée. En cas de refus, je le signale par écrit au responsable de l'Animation Jeunesse FDMJC.

### SÉCURITÉ - ASSURANCE

**J'autorise** le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. L'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur (MAIF, sociétaire n°0902475 B) afin d'assurer la prise en charge des frais dans la limite des garanties, franchises et plafonds prévus au contrat.

Fait le ..... à .....

Merci de remplir également  
la Fiche Sanitaire de Liaison →

Signature (du tuteur, ou responsable légal) :

Signature du 2e parent (si parents divorcés) :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom et prénom : .....

Fille

Date de naissance : .....

Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

	Vaccins obligatoires		derniers rappels	
	oui	non	..... / .....	..... / .....
Diphtérie	oui	non	..... / .....	..... / .....
Tétanos	oui	non	..... / .....	..... / .....
Polioluélite	oui	non	..... / .....	..... / .....
ou DT Polio	oui	non	..... / .....	..... / .....
ou Tétracoq	oui	non	..... / .....	..... / .....

	Vaccins recommandés		dates	
	oui	non	..... / .....	..... / .....
Hépatite B	oui	non	..... / .....	..... / .....
Rubéole-Oreillons-Rougeole	oui	non	..... / .....	..... / .....
Coqueluche	oui	non	..... / .....	..... / .....
Autre : .....	oui	non	..... / .....	..... / .....
Autre : .....	oui	non	..... / .....	..... / .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical ? oui non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Suit-il un régime alimentaire ? oui non Si oui, végétarien sans h[S] VW autre : .....

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Asthme	oui	non
Alimentaires	oui	non
médicamenteuses	oui	non
crème solaire	oui	non
anti-moustique	oui	non
autres	oui	non

Rubéole	oui	non
Varicelle	oui	non
Angine	oui	non
Scarlatine	oui	non
Coqueluche	oui	non

Otite	oui	non
Rougeole	oui	non
Oreillons	oui	non
Rhumatisme	oui	non
articulaire aigu	oui	non

(animaux, plantes, pollen...)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ? oui non

Si oui, précisez : .....

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problème d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ? oui non

Si oui, précisez : .....

## LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom : .....

Adresse pendant l'activité : .....

téléphone en cas d'urgence : ..... autre téléphone : .....

Nom du médecin traitant : ..... téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) : .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le ..... à .....  
Signature :