

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription au CLAS proposé par l'Animation Jeunesse FDMJC ALSACE.
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 :
Classe du jeune :
Assureur RC + N° contrat :

Inscription à "Coup d pouce aux devoirs" le(s) jour(s) suivant(s) : Mardi / Jeudi / Mardi et Jeudi

Les jeunes devront s'y rendre (et repartir) par leurs propres moyens.

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.

• **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 : oui - non

Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse et par la FDMJC ALSACE (dans un but non commercial) sans limitation de durée : oui - non

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 le remboursement des frais liés au sinistre.

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) :



FÉDÉRATION DES
MAISONS DES JEUNES
ET DE LA CULTURE
D'ALSACE

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
Diphthérie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non / /
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non / /
Polioluélite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non / /
ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non / /
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non / /

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

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 porc autre :

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme oui non
Alimentaires oui non
médicamenteuses oui non
crème solaire oui non
anti-moustique oui non
autres oui non
(animaux, plantes, pollen...)

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

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 problèmes 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 :