

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 1^{ère} 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 : Tél. (portable) :
Email :

PARENTS, TUTEUR, RESP

Merci de remplir toutes les informations pour chaque parent.

Parent 1 (tuteur, ou responsable) :

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

Parent 2 :

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



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

ou ☐ Régime spécial :
☐ MSA, précisez n° :

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 GEISPOLSHEIM) 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 des activités organisées par la FDMJC D'ALSACE (activités, sorties, manifestations, séjours...). Ces films/photos pourront être utilisés (dans un but non commercial uniquement) pour des publications et supports de communication (presse, internet, réseaux sociaux) de la FDMJC ALSACE et de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse sans limitation de durée. En cas de refus, merci de cocher la case ci-contre : ☐

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

Signature(s) du tuteur, ou responsable légal ou parent(s) :

Merci de remplir également
la Fiche Sanitaire de Liaison →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT
CONFIDENTIEL

mise à jour
09/2025

Joindre obligatoirement la **copie** du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRÉNOM :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ Garçon / ☐ Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

1. VACCINATION (se référer et joindre une copie du carnet de santé et/ou certificats de vaccination et/ou de contre-indication vaccinale)

VACCINS OBLIGATOIRES*

Vaccins	Oui	Non	Derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates
Diphtérie*				Coqueluche			
Tétanos*				Haemophilus type B			
DT Polio*				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
				Hépatite B			
				Pneumocoque			
				Méningocoque			

* L'obligation vaccinale pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 porte uniquement sur 3 vaccins : Diphtérie, Tétanos, DT Poliomyélite. Pour les enfants nés après cette date, l'obligation porte bien sur l'ensemble des autres pathologies.

VACCINS RECOMMANDÉS / AUTRES :

BCG			
Autre :			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

Suit-il un régime alimentaire ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui : ☐ Végétarien / ☐ Sans porc / ☐ Autre :

A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ? (informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)		
Alimentaires	☐ Oui	☐ Non
Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	☐ Oui	☐ Non
Asthme	☐ Oui	☐ Non
Crème solaire	☐ Oui	☐ Non
Anti-moustique	☐ Oui	☐ Non

Indiquez 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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allergies : Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?

(informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)

Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Otite	☐ Oui	☐ Non
Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
Angine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Scarlatine	☐ Oui	☐ Non
Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non			

3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... :

Votre enfant présente-t-il un **handicap nécessitant une prise en charge particulière** ou une adaptation des conditions d'accueil ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui merci de préciser les mesures de prise en charge ou d'adaptation retenue :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **plan d'accueil individualisé (PAI)** ? ☐ Oui / ☐ Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** ? ☐ Oui / ☐ Non

4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : Prénom

ADRESSE :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

Responsable N°2 : NOM : Prénom

ADRESSE :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

Je, soussigné(e), 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.

Date : Signature :