



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

## FICHE ANNUELLE D'INSCRIPTION GÉNÉRALE

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

*Animation Jeunes du Kochersberg, FDMJC Alsace – Communauté de communes du Kochersberg  
32 rue des Romains 67370 TRUCHTERSHEIM tél. 06 26 70 13 55 / 03 90 29 26 14 – severine.farci@kochersberg.fr*

### LE JEUNE

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Numéro de sécurité sociale : .....  
Tél. .... Email : .....

### PARENT, TUTEUR, RESPONSABLE

#### Parent 1 (tuteur ou responsable)

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. .... Tél. (travail) .....  
Email : .....  
Employeur : .....

Régime général ou local :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres)

--	--	--	--	--	--	--

#### Parent 2

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. .... Tél. (travail) .....  
Email : .....  
Employeur : .....

ou régime spécial :

MSA, précisez n° : .....

Conseil de l'Europe  Autres...

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES / RÉGLEMENTATION RGPD

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, et organismes financeurs bas-rhinois (CAF, Conseil départemental, 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 et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'Animation Jeunes du Kochersberg, FDMJC Alsace – Communauté de communes du Kochersberg 32 rue des Romains 67370 Truchtersheim. Tél. 06 26 70 13 55 ou 03 90 29 26 14 – severine.farci@kochersberg.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.

### SÉCURITÉ – ASSURANCE

J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à ma fille/mon fils. Je demande à être prévenu(e) dans les plus brefs délais. L'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur afin d'assurer le remboursement des frais liés au sinistre.

Au retour de l'activité, si je ne suis pas présent(e) pour prendre en charge ma fille/mon fils, je décharge l'organisateur de sa responsabilité et j'autorise ma fille/mon fils à rentrer seul(e) à son domicile après qu'elle/il ait été déposé(e) à l'endroit défini au préalable.

### DROIT À L'IMAGE

J'autorise que ma fille/mon fils soit filmé(e)/photographié(e) dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la Communauté de Communes du Kochersberg et de la FDMJC Alsace (documents de communication, facebook, site internet) sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur.

Fait le ..... à .....

Signature (tuteur ou responsable légal) :





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
Diphtérie	<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	..... / .....	..... / .....
BCG	..... / .....	..... / .....
Autre(s) :	..... / .....	..... / .....

## 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 ?

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

(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 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 :