

FICHE D'INSCRIPTION 2025/2026

ACTIVITÉS ARTISTIQUES ET CULTURELLES



TRANSMETTRE LA FICHE D'INSCRIPTION :

Par courrier ou en dépôt : Animation Jeunesse FDMJC du Pays de la Zorn Maison du Pays de la Zorn
43 route de Strasbourg 67270 HOCHFELDEN

IMPORTANT :

- Les inscriptions sont prises en compte uniquement si les dossiers sont complets.
- Nous ne vous contactons que s'il y a un souci dans l'inscription ou si les activités sont déjà complètes.
- Nous ne répondons pas aux questions sms ou mail lorsque les informations sont accessibles sur les tracts, sur la fiche d'inscription ou sur notre site Internet.

RAPPEL : Aucune inscription ne peut être transmise aux intervenants ou bibliothécaires

Les dossiers sont à transmettre pour le 25 septembre au plus tard, après cette date contacter l'AJ au 06.42.76.71.39

Nom (du jeune) : Prénom :

Né(e) le : ☐ fille / ☐ garçon

	SOUS-TOTAL
CLUB THÉÂTRE (À PARTIR DU CM2)	
☐ à Wingersheim-les-Quatre-Bans : les <u>mardis</u> théâtre	
☐ à Wingersheim-les-Quatre-Bans : les <u>vendredis</u> théâtre d'impro	
DESSIN (À PARTIR DU CM2)	
☐ à Melsheim	
☐ à Wingersheim-les-Quatre-Bans	
AMIGURUMI / TRICOT / COUTURE (À PARTIR DU CM1)	
☐ à Mittelhausen	
☐ à Schwindratzheim	
☐ à Ettendorf	
☐ à Hochfelden	

	SOUS-TOTAL
CLUB NATURE (À PARTIR DU CM2)	
☐ à Melsheim	

Pour connaître le coût de la participation aux ateliers, voir la plaquette « d'arts, de culture, de Zorn, et de nature » (disponible sur notre site <https://aj.payszorn.com> onglet « Culture »)

Les règlements par chèques sont à libeller à l'ordre de «AJ Pays de la Zorn».

Le règlement de la carte de membre par chèque est à réaliser séparément des activités.

TOTAL (hors carte de membre)		cadre réservé à l'Animation Jeunesse		
		Espèces	Chèque	ANCV
☐ Carte de membre annuelle INDIVIDUELLE à régler séparément des activités.	8€			
☐ Carte de membre annuelle FAMILIALE à régler séparément des activités.	12€			

Afin de proposer des tarifs adaptés à la réalité des budgets familiaux, nous percevons des prestations de la CAF. Pour cela, nous devons enregistrer les éléments ci-dessous. Merci d'y attacher une attention particulière.

Le responsable : ☐ père / ☐ mère / ☐ tuteur - NOM, Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : Port. :

Email :



☐ Régime général ou local :

ou ☐ Régime spécial :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

☐ MSA, précisez n° :

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités : ☐ OUI ☐ NON

Je souhaite une attestation de présence : ☐ OUI ☐ NON

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 aux informations qui vous concernent, de rectification, et d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'Animation Jeunesse du Pays de la Zorn ou envoyer un mail à 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. 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. J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la FDMJC d'ALSACE et de la CCPZ (papier, réseaux sociaux, site internet) sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur responsable.

Fait le à

Signature des parents :

Signature du jeune :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT
CONFIDENTIEL



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

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.

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

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

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 ?

Asthme	☐ Oui	☐ Non
Alimentaires	☐ Oui	☐ Non
Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non
Crème solaire	☐ Oui	☐ Non
Anti-moustique	☐ Oui	☐ Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	☐ Oui	☐ Non

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 ?					
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 : Autre Tel :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

Responsable N°2 : NOM : Prénom :

ADRESSE : Autre Tel :

Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

N° de sécurité sociale* :

(*du parent auquel l'enfant est rattaché, ou du mineur de +16 ans)

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 :