



# INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS 2018/2019

n° carte de membre 2018/2019 : .....



La fiche d'inscription est à transmettre à l'Animation Jeunesse : 43, route de Strasbourg - 67270 Hochfelden.

**IMPORTANT NOUVEAUTÉ**

### Pour vous simplifier la vie :

Pour renouveler une inscription au cours de l'année (d'une période de petites vacances à une autre par exemple) :

- Plus besoin de refaire un dossier
- Transmettez-nous le règlement accompagné des informations suivantes :
  - Nom - Prénom de l'enfant
  - N° de carte de membre
  - Nouvelle période d'inscription sollicitée

### Pour nous simplifier le travail :

- 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 plus aux questions sms ou mail lorsque les informations sont accessibles sur les tracts, sur la fiche d'inscription ou sur notre site Internet.
- Nous ne prenons pas de réservation.

Nom (du jeune) : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  fille /  garçon  
 Tél. (portable) : ..... Email : .....

**QUOTIENT FAMILIAL**     QF 1 : 0-1000     QF 2 : 1001-1200     QF 3 : 1201-1500     QF 4 : 1501 et +

Vous ne connaissez pas votre QF ? Allez sur «caf.fr» muni de votre N° d'allocataire CAF. Vous avez un problème pour trouver votre N° d'allocataire : **contactez-nous.**

		cadre réservé à l'Animation Jeunesse				
		SOUS-TOTAL	Espèces	Chèque	ANCV	Bons CAF
<b>Ateliers (inscription à l'année)</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Mardis en folie</b>	<input type="radio"/> mardis tricots <input type="radio"/> mardis solidaires					
<input type="checkbox"/> <b>Mercredis en folie</b>	<input type="radio"/> mercredis brico <input type="radio"/> mercredis vélo <input type="radio"/> mercredis nature <input type="radio"/> mercredis dessin <input type="checkbox"/> débutants (14h-15h30) <input type="checkbox"/> confirmés (15h30-17h) <input type="checkbox"/> samedi (14h-15h30)					
<input type="checkbox"/> <b>Vendredis tu choisis</b>						
<b>Petites vacances (inscription à la semaine/séjour entier)</b>						
<b>Hiver 2019</b>	<input type="checkbox"/> Centre de loisirs (du 11 au 15 février 2019) - journées entières <input type="radio"/> repas (+25€ la sem.) <input type="checkbox"/> Mini-séjours 10 ans (CM2) et plus (du 18 au 22 février 2019)					
<b>Printemps 2019</b>	<input type="checkbox"/> Centre de loisirs (du 8 au 12 avril 2019) - journées entières <input type="radio"/> repas (+25€ la sem.) <input type="checkbox"/> Mini-séjours 10-12 ans (du 15 au 17 avril 2019) <input type="checkbox"/> Mini-séjours 13 ans et plus (du 15 au 19 avril 2019)					
<b>Accompagnement éducatif aux apprentissages (inscription à la semaine entière)</b>						
		<b>Hiver 2019</b>	<b>Printemps 2019</b>			
<b>Matin uniquement</b>		<input type="radio"/> du 11 au 15/02/19	<input type="radio"/> du 18 au 22/04/19			
<b>Matin + Centre de Loisirs</b>		<input type="radio"/> du 11 au 15/02/19	<input type="radio"/> du 18 au 22/04/19	<input type="radio"/> repas (+25€ la sem.)		
<b>Autres activités</b>						
<b>Préciser l'actié :</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Préciser l'actié :</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Préciser l'actié :</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>Sorties famille : résevez votre sortie par sms au 06 42 76 71 39.</b>						
		<b>TOTAL (hors carte de membre) :</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Carte de membre annuelle &amp; individuelle 2018-2019 (à régler séparément des activités)</b>		8€				

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 : .....

Employeur du parent 1 (ou tuteur) : .....

Employeur du parent 2 : .....

Régime général ou local :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :



ou  Régime spécial :

MSA, précisez n° : .....

Travailleur frontalier :

France     Autre : .....

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

Je souhaite une attestation de présence :  OUI     NON

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit filmé et photographié, merci de transmettre un courrier.

Ces images pourront être utilisées sur des publications (tracts, réseaux sociaux, site Internet, ZornTV) de l'Animation Jeunesse, la FDMJC Alsace et de la CCPZ.

Fait le ..... à .....

Signature des parents :

Signature du jeune :

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, 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 la structure (périscolaire ou animation jeunesse) dont vous dépendez.

**J'ai déjà rempli une fiche sanitaire pour l'année scolaire 2018/2019 et j'atteste que les informations sont toujours à jour. Dans le cas contraire, merci de remplir l'intégralité des informations ci-dessous.**

## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant : ..... Date de naissance : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

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

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

**ALLERGIES :**

ASTHME	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
MEDICAMENTEUSES	oui	non
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui	non

#### Régime Alimentaire

Sans porc  
 Végétarien

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

### 4- RESPONSABLE DU MINEUR :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant):** ..... **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date :** ..... **Signature du responsable légal :** .....