

# INSCRIPTION - BOUGE TON ÉTÉ 2024



TRANSMETTRE LA FICHE D'INSCRIPTION :

Par courrier : Animation Jeunesse 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 :** pour les **QF inférieurs à 1500**, afin de bénéficier des réductions pour les camps, merci de nous transmettre les inscriptions **avant le 27 mai 2024** avec les éléments précisés dans le prospectus « bouge ton été ».

Nom (du jeune) : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....  fille /  garçon

Tarifs des activités et séjours sur la plaquette « bouge ton été ».

**SOUS-TOTAL**

## SEMAINES THÉMATIQUES À SCHWINDRATZHEIM

<input type="checkbox"/> 08 au 12/07*	50%-50%	<input type="radio"/> Repas	Vélo-bus : <input type="radio"/> n°1 / <input type="radio"/> n°2 / <input type="radio"/> n°3	
<input type="checkbox"/> 15 au 19/07*	sports	<input type="radio"/> Repas	Vélo-bus : <input type="radio"/> n°1 / <input type="radio"/> n°2 / <input type="radio"/> n°3	
<input type="checkbox"/> 15 au 19/07*	dessin	<input type="radio"/> Repas	Vélo-bus : <input type="radio"/> n°1 / <input type="radio"/> n°2 / <input type="radio"/> n°3	
<input type="checkbox"/> 22 au 26/07*	arts	<input type="radio"/> Repas	Vélo-bus : <input type="radio"/> n°1 / <input type="radio"/> n°2 / <input type="radio"/> n°3	
<input type="checkbox"/> 29/07 au 02/08	menuiserie	<input type="radio"/> Repas	Vélo-bus : <input type="radio"/> n°1 / <input type="radio"/> n°2 / <input type="radio"/> n°3	

Pour les activités et camps qui se terminent lors des « Biblios d'été » :

Nous rechercherons notre enfant à l'issu de la « Biblio d'été » :

\* De Hochfelden le 12 juillet à 21h :  oui /  non

\* De Schwindratzheim le 19 juillet à 21h :  oui /  non

\* De Mittelhausen le 26 juillet à 21h :  oui /  non

Nous profiterons en famille de l'événement culturel de la « Biblio d'été »,  
accueil à partir de 18h, repas à 19h :

De Hochfelden le 12 juillet et réservons des repas : ..... repas (1)

De Schwindratzheim le 19 juillet et réservons des repas : ..... repas (1)

De Mittelhausen le 26 juillet et réservons des repas : ..... repas (1)

(1) Ne pas comptabiliser votre enfant inscrit à l'activité, son repas est déjà pris en charge.

## LES CAMPS À SCHWINDRATZHEIM

<input type="checkbox"/> 08 au 12/07*	100% Cuisine	
<input type="checkbox"/> 08 au 12/07*	50% Cirque - 50% Découvertes	
<input type="checkbox"/> 08 au 12/07*	En Zorn Libre : ton 1 <sup>er</sup> festival	
<input type="checkbox"/> 15 au 19/07*	100% Artistes	
<input type="checkbox"/> 15 au 19/07*	100% Dessin	

## LES CAMPS AILLEURS EN ALSACE

<input type="checkbox"/> 15 au 19/07*	33% x vélo, aventures, sports	
<input type="checkbox"/> 22 au 26/07*	100% vélo itinérant	
<input type="checkbox"/> 29/07 au 02/08	25% x vélo, aventures, arts	
<input type="checkbox"/> 29/07 au 02/08	100% découvertes	
<input type="checkbox"/> 5 au 9/08	100% rando	

cadre réservé à l'Animation Jeunesse

Espèces	Chèque	ANCV	Bons CAF

**TOTAL (hors carte de membre)**

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 : .....

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

Employeur du parent 2 : .....



Régime général ou local :

ou  Régime spécial :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

MSA, précisez n° : .....

Conseil de l'Europe

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](mailto: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



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	.....
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 problème 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 :