



# 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	Vaccins recommandés	dates
Diphthérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Hépatite B	.....
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rubéole-Oreillons-Rougeole	.....
Polioluéite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Coqueluche	.....
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Autre : .....	.....
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
crème solaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
anti-moustique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(animaux, plantes, pollen...)

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	articulaire aigu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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 :



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



Animation Jeunesse  
de la Communauté de Communes  
du Pays Rhénan



© 2011 C. Alphonse - Tous droits réservés. Ne pas jeter sur la voie publique

# Raid Aventure

11-13 ans  
13-16 ans

Défis en équipes et épreuves sportives de plein air  
canoë, paddle, run & bike, swim & paddle...



Du 6 au 9 juillet 2022 à Leutenheim + villages voisins

Inscription par équipe de 3. Un classement final sera établi par catégorie  
Hébergement sous tentes à Leutenheim / Tarif à partir de 55€ (selon Quotient Familial CAF)  
Les infos détaillées (horaires, rendez-vous, trousseau à prévoir...) seront envoyées après inscription.

### Infos et inscriptions :

**ANIMATION JEUNESSE FDMJC Alsace DE LA BASSE-ZORN**

34 rue de La Wantzenau 67128 HOERDT Cedex

Cyril : 06 87 92 52 70 - cyril-rossdeutsch@cc-basse-zorn.fr



# RAID AVENTURE 2022

## INSCRIPTION & AUTORISATION PARENTALE

**A déposer ou renvoyer avec le règlement à l'Animation Jeunesse de ton secteur :**

AJ de la Basse-Zorn  
34 rue de la Wantzenau  
67728 HOERDT



Je soussigné(e) .....

Père  Mère  Tuteur

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville .....

Tél. .... Email : .....

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



Régime spécial :  
 MSA, précisez  
n°: .....  
 Conseil de l'Europe

Merci de préciser :

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

Employeur du parent 2 : .....

NOM, Prénom (du jeune) : .....

né(e) le : ..... Tél : .....

Email (écrire lisiblement SVP) : .....

Les tarifs appliqués sont fonction du **Quotient Familial** attribué par la CAF.

**Si vous ne connaissez pas votre n° CAF ou MSA, merci de vous adresser à l'animateur.**

<input type="checkbox"/> <b>QF 1 :</b> 0 à 500	<input type="checkbox"/> <b>QF 2 :</b> 501 à 900	<input type="checkbox"/> <b>QF 3 :</b> 901 à 1300	<input type="checkbox"/> <b>QF 4 :</b> 1301 à 1500	<input type="checkbox"/> <b>QF 5 :</b> + de 1500
55€	70€	80€	95€	105€

Je paie par :  Chèque (à l'ordre de la FDMJC Alsace)  Espèces  ANCV

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

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 Alsace, de la Commune de la Wantzenau, et des Communautés de Communes de la Basse Zorn et du Pays Rhénan, sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur.

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 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.

Fait le ....., à .....

Certifié exact

Signature des parents :

Il n'est pas nécessaire de le repasser si vous avez déjà donné l'attestation aux animateurs.

# ATTESTATION de RÉUSSITE

**Au test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques (canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique et voile) en Accueils Collectifs de Mineurs.**



**Je soussigné(e) :**

NOM : ..... Prénom : .....

titulaire du diplôme :

- Titre de Maître Nageur Sauveteur (MNS)
- Brevet d'Etat d'Educateur Sportif pour l'activité (BEESAN)
- Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique (BNSSA)
- Représentant les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire

dont le numéro est : ..... délivré le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Atteste que l'enfant :**

NOM : ..... Prénom : .....

né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / à : .....

**possède la capacité à sauter dans l'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, nager sur le ventre (pendant 20m), franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou objet flottant**

**Test défini à l'arrêté annoncé par le décret n° 2011-16 du 20 septembre 2011 et paru au Journal officiel du 10 mai 2012 relatif aux Activités physiques en ACM daté du 25 avril 2012.**

le test a été réalisé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  avec brassière  sans brassière\*

au centre nautique  au plan d'eau de : .....

Fait à : ..... le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Signature et tampon :

\* Pour une attestation à la pratique d'activité en canyon, aqua rando... le test s'effectue sans brassière.