Nom / Prénom .....

MJC le vivarium
espace ados

# DOSSIER INSCRIPTION

## 2026 - 2027

## 10 - 17 ans

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Les inscriptions se font sur la plateforme INOE.

L'inscription ne sera effective qu'après :

- Validation du paiement des activités
- Récéption de la FS et RGPD (Documents complétés)
- Possession de la carte membre (familliale ou individuelle)

Paiement possible également sur place pour les chèques ANCV (contactez-nous).

Nous sommes disponibles par téléphone ou à l'espace ados pour vous accompagner dans ces démarches d'inscription le mercredi après-midi de 13h à 17h. Si certains créneaux ne sont plus disponibles, votre enfant sera inscrit en liste d'attente.

## CONTACTS ESPACE ADOS

**SITE WEB**

**Kevin MAITRE** (ANIMATEUR - COORDINATEUR) :

- Tél : **07.71.74.23.67**
- Mail : **kevin.maitre@mjc-levivarium.com**

## ZONE DESTINÉE À LA MJC




☐ OK




☐ OK




☐ OK

53 route de Bassemberg
67220 Villé

mjc-levivarium.com

03 88 58 93 00

MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE
Liberté
Égalité
Fraternité

FDVA
FONDS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA VIE ASSOCIATIVE

La Région Grand Est

ALSACE
Collectivité européenne

la Vallée de Villé
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

ALLOCATIONS FAMILIALES

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (FAMILLE) REGLEMENTATION RGPD

Je soussigné Nom/Prénom .....

Qualité (père/mère/tuteur) .....

Nom / Prénom de votre enfant .....

Adresse personnelle .....

.....

☐ Je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueilles dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la MJC la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans.

☐ J'autorise la MJC , 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 que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités organisées par la MJC (activités, sorties, manifestations, séjours...). Ces films/photos pourront être utilisés (dans un but non commercial uniquement) pour des publications et supports de communication (presse, internet, réseaux sociaux) de la MJC et de la collectivité partenaire de l'Espace ados sans limitation de durée.

☐ 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. l'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur (GROUPAMA, sociétaire n°73163546) afin d'assurer le remboursement des frais liés au sinistre.

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que je peux exercer à tout moment auprès de la MJC, 53 rue de Bassemberg - 67220 Villé ou contact@mjc-levivarium.com

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

☐ OUI ☐ NON

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux autres parents dans le cadre de la mise en place d'un covoiturage (nous consulter) : ☐ OUI ☐ NON






Afin de finaliser l'inscription, merci de veiller à :

- Joindre le paiement
- Remplir la fiche sanitaire
- RGPD : case à cocher
- Joindre une copie du carnet de vaccinations

Fait le ..... Signature

À .....

MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE

*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

N° TEL DU MINEUR : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés (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.

## 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-Oreilons-Rougeole | | | |
| | | | | Hépatite B | | | |
| | | | | Pneumocoque | | | |
| | | | | Méningocoque | | | |

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

### 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 ?** (informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant) | | |
|---|---|---|
| Alimentaires | ◯ Oui | ◯ Non |
| Médicamenteuses | ◯ Oui | ◯ Non |
| Autres (animeaux, plantes, pollen...) | ◯ Oui | ◯ Non |
| Athsme | ◯ Oui | ◯ Non |
| Crème solaire | ◯ Oui | ◯ Non |
| Anti-moustique | ◯ Oui | ◯ Non |

Indiquez 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 des MALADIES suivantes ?**<br>(informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 : .....

.....

Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tél : .....

**Responsable N°2 :** NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

.....

Tél en cas d'urgence : ..... Autre Tél : .....

**NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

Je, soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responseble du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....  Signature :