



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

FDMJC d'ALSACE - Espace Jeunes Entzheim

1 Rue des Sports 67960 ENTZHEIM

☎ : 06.74.34.77.10 / 06.36.47.66.40

✉ : animationjeunesse.entzheim@fdmjc-alsace.fr

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

Adhésion le : Numéro de carte : Sexe : M ☐ F ☐

Ecole : Enseignant : Classe :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire

Allergies :

Recommandations des parents :

PARENTS DE L'ENFANT

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| | Mère <input type="checkbox"/> | Belle-mère <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> | Père <input type="checkbox"/> | Beau-père <input type="checkbox"/> | Responsable <input type="checkbox"/> |
| Nom, Prénom : | | | | | | |
| Adresse du domicile : | | | | | | |
| Tél. Domicile/Portable : | | | | | | |
| Tél. Professionnel : | | | | | | |
| Courriel : | | | | | | |
| N° Sécurité sociale : | | | | | | |

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

| | | |
|--------------------------|------|------|
| | Mère | Père |
| Nom employeur : | | |
| Adresse de l'employeur : | | |
| Téléphone Travail : | | |

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : CAF 67 ☐ MSA ☐ Autre C.A.F.

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Nom de la compagnie : N°Téléphone : N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités ☐ OUI ☐ NON ☐

Si OUI, mentionnez à partir de quelle heure :

| Nom/Prénom | Lien de parenté | N°Téléphone | Adresse |
|------------|-----------------|-------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

☐ OUI ☐ NON ☐

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

☐ OUI ☐ NON ☐

Fait à , le Signature :