

**FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL JEUNES (Allée des Roses)**  
**VACANCES D'HIVER 2024 : « SUPER HÉROS »**



**Les jeunes qui ont déjà fréquenté l'Accueil ne devront renseigner que leur nom et prénom (sauf si modification de certaines informations)**

**LE JEUNE**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Portable : .....

Mail : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

**Responsable 1**

Père  Mère

Autre (préciser) .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Portable : .....

Mail : .....

**Responsable 2**

Père  Mère

Autre (préciser) .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Portable : .....

Mail : .....

## JOURS ET HORAIRES DE PRESENCE

---

Les créneaux horaires sont à cocher pour les 12-14 ans (dès l'entrée en 6ème)

Les jeunes âgés de 15 à 17 ans cochent uniquement les jours de présence souhaités. Ils peuvent arriver et partir entre 13h30 et 18h, soit être accueillis en accès libre

 Les sorties et les soirées ont des horaires spécifiques à respecter par tous.

- |   |                                    |                                  |  |
|---|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lundi 26/02    | <input type="checkbox"/> 13h30-16h | <input type="checkbox"/> 16h-18h |  |
| <input type="checkbox"/> Mardi 27/02    | <input type="checkbox"/> 13h30-16h | <input type="checkbox"/> 16h-18h |  |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 28/02 | <input type="checkbox"/> 13h30-16h | <input type="checkbox"/> 16h-18h |  |
| <input type="checkbox"/> Jeudi 29/02    | <input type="checkbox"/> 13h30-16h | <input type="checkbox"/> 16h-18h | <input type="checkbox"/> 18h-22h30 <b>Soirée repas</b> |
| <input type="checkbox"/> Vendredi 01/03 | <input type="checkbox"/> 13h30-16h | <input type="checkbox"/> 16h-18h |  |

Programme prochainement en ligne sur le site de la ville avec la sortie qui sera déterminée prochainement

## AUTORISATIONS PARENTALES

---

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités

- Oui  Non

Participation aux déplacements extérieures à pied ou minibus (ex : stade, gymnase, Auchan pour courses des soirées-repas...)

- Oui  Non

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des soirées  Oui  Non

## TARIFS

Sorties : 50 % du coût (ex : participation de 3 € pour une sortie qui vaut 6 €)

Soirée repas : 5€

**A savoir : une majoration de 20% sera demandée pour les jeunes n'habitant pas dans la commune de Chambray les Tours.**

## INFORMATION SORTIES

---

Une autorisation de sortie vous sera envoyée par mail et/ou remise en main propre le lundi, elle sera à renvoyer la veille de la sortie avant 12h ou à remettre le jour J afin que le jeune participe à la sortie. S'il se présente sans autorisation il ne pourra pas y participer. Cette autorisation vous donnera des informations sur les contenus ainsi que le tarif de la sortie.

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT A LA FIN DES ACTIVITES ET SOIREES (autres que les responsables légaux)**

Mme / M..... Portable : .....

Mme / M..... Portable : .....

**A FOURNIR POUR VALIDER L'INSCRIPTION DES NOUVEAUX ADHERENTS (tout dossier incomplet sera refusé)**

- Attestation d'assurance extrascolaire 2023-2024
- Montant de l'adhésion
- Fiche sanitaire
- Justificatif de domicile

**Validité de l'adhésion : de septembre 2023 à août 2024**

Je soussigné(e) Mme / M..... agissant en qualité de père/ mère / tuteur de l'enfant.....,

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'Accueil Jeunes.

Autorise le responsable à prendre, en cas d'accident, toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Certifie qu'aucune contre-indication médicale n'interdit la pratique d'activités physiques et sportives.

Attention : pour les 15-17 ans la responsabilité de la collectivité n'est engagée qu'à partir du moment où le jeune est pris en charge par les animateurs.

Autorise la ville de Chambray les Tours à photographier et/ou filmer mon enfant, ainsi qu'à diffuser son image sur les supports de communication municipaux (magazine Méridiennes, Guide pratique, brochures, publication municipales, vidéo annuelle des vœux, site internet de la Ville, page Facebook de la Ville, chaîne YouTube de la Ville, relations presse...) et la presse locale.

*Conformément aux dispositions applicables en matière de protection des données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, ainsi que du droit d'obtenir la limitation de leur traitement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à [contact@ville-chambray-les-tours.fr](mailto:contact@ville-chambray-les-tours.fr) ou auprès du Délégué à la Protection des Données : GIP Recia à l'adresse [dpo@recia.fr](mailto:dpo@recia.fr)*

Signature

**CADRE RESERVÉ A L'ADMINISTRATION**

Date :

**Adhésion Accueil Jeunes 2023/2024**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom et prénom du parent : .....

Mode de paiement :

Espèces (prévoir l'appoint)

Chèque (à l'ordre de Régie Service Enfance)

✂ .....

**REÇU DE PAIEMENT ADHÉSION ACCUEIL JEUNES 2023/2024**

**Tarifs : 15 € pour le 1<sup>er</sup> enfant/ 11€ pour le 2<sup>ème</sup> enfant/ 7€50 à partir du 3<sup>ème</sup> enfant**

Fait le : .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 - ENFANT**

NOM.....  
PRENOM.....  
DATE DE NAISSANCE.....  
Garçon  Fille   
Classe :

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) OUI  NON   
(si oui joindre une copie du P.A.I)

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, UN APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF..., PRECISEZ.

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

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

ADRESSE : .....

TEL : DOMICILE.....TRAVAIL.....

Nom et TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

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

Date :

Signature :