Cadre réservé à l'administration

Reçu le : …….. à : ……..h

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL JEUNES (Allée des Roses)

VACANCES D'AVRIL 2024 : « Les Sports Olympiques »

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 : ……

Contact : Pôle Jeunesse et Sports 02.47.48.45.39

JOURS ET HORAIRES DE PRESENCE

Les créneaux horaires sont à cocher pour les 12-14 ans (dès l'entrée en 6eme
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.***

☐ **Lundi 22/04**	☐ **13h30-16h**	☐ **16h-18h**	
☐ **Mardi 23/04**	☐ **13h20-14h45**	**Trampoline Park, 21 rue Augustin Fresnel à Chambray : 8€**	
☐ **Mercredi 24/04**	☐ **13h30-16h**	☐ **16h-18h**	**Piscine de chambray-les-Tours**
☐ **Jeudi 25/04**	☐ **13h30-16h**	☐ **16h-18h**	☐ **18h-22h30** **Soirée repas KARAOKÉ**
☐ **Vendredi 26/04**	☐ **13h30-16h**	☐ **16h-18h**	

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 ou auprès du Délégué à la Protection des Données : GIP Recia à l'adresse 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 1er enfant/ 11€ pour le 2ème enfant/ 7€50 à partir du 3ème 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	

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 :