



Dossier arrivé le : / /

Par : ☐ Mail

☐ Dépôt au PJS

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL JEUNES

(Pôle sportif, 9 rue Rolland Pilain)

HORS VACANCES SCOLAIRES

« Mercredis en Folie » Septembre à décembre

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Portable du jeune:

Mail :

Régime alimentaire spécifique :

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 :

Contacts : Pôle Jeunesse et Sports 02.47.48.45.39

accueil.jeunes@ville-chambray-les-tours.fr

Accueil Jeunes 06.02.08.40.61

JOURS ET HORAIRES DE PRÉSENCE

Accueil de 13h30 à 17h

Pour les jeunes âgés de 12 à 14 ans (à partir de la 6^{ème}) : s'ils souhaitent venir avant ou après leurs activités sportives ou autres, l'heure doit être indiquée sur le dossier ou un mail des parents doit être envoyé avec l'heure de départ ou d'arrivée autorisée.

Pour les jeunes âgés de 15 à 17 ans : accueillis en accès libre entre 13h30 et 17h.

☐ Mercredi 2 Septembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 9 Septembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 16 Septembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 23 Septembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 30 Septembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 7 Octobre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 14 Octobre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 4 Novembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 18 Novembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 25 Novembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 2 Décembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 9 Décembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :
☐ Mercredi 16 Décembre	Heure d'arrivée :	Heure de départ :

Au programme : jeux de société, baby-foot, échanges, jeux sportifs...

AUTORISATIONS PARENTALES

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités ☐ Oui ☐ Non

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

Mon enfant peut occasionnellement se rendre à la boulangerie s'acheter un goûter accompagné de deux camarades en autonomie, à condition de remplir une « fiche de sortie occasionnelle » ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous recevoir les potentiels photos et vidéos capturées de votre ados à l'Accueil Jeunes ? (lien WE-TRANSFERT envoyé par mail) ☐ Oui ☐ Non

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. ☐ Oui ☐ Non

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

PERSONNES HABILITÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT A LA FIN DES ACTIVITÉS (autres que les responsables légaux)

Mme / M..... Portable :

Mme / M..... Portable :

A FOURNIR POUR VALIDER L'INSCRIPTION (tout dossier incomplet sera refusé)

- Attestation d'assurance périscolaire 2026-2027
- Montant de l'adhésion*
- Fiche sanitaire et PAI si concerné.e
- Justificatif de domicile

***Validité de l'adhésion : de septembre 2026 à août 2027.**

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.

Signature

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Nom de la personne qui récupère :

Date :

Adhésion Accueil Jeunes 2026/2027

Nom et prénom de l'enfant :

Nom et prénom du parent :

Mode de paiement et somme versée:

Espèces ☐ € Chèque (à l'ordre de Régie Service Enfance) ☐ €

1ère adhésion (15€40) ☐ 2ème adhésion (11€50) ☐ 3ème adhésion et plus (+7€70) ☐

REÇU DE PAIEMENT ADHÉSION ACCUEIL JEUNES 2026/2027 À L'ATTENTION DES PARENTS

Tarifs : 15€40 pour le 1^{er} enfant/ 11€50 pour le 2^{ème} enfant/ 7€70 à partir du 3^{ème} enfant
(Majoration de 20% pour les jeunes ne résidant pas à Chambray)

Fait le :

Tampon

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 :