

# MAISON DES JEUNES FICHE D'INSCRIPTION

Nom et prénom de l'Enfant :		
Date de naissance :		
Sexe : □ Fille □ Garçon		Taille:
Adresse:		
Code postal :	Commune:	
Téléphone portable de l'ado :		Email de l'ado :
Etablissement scolaire fréquenté :		Classe:
Nom at make and do managet 4.		
Nom et prénom du parent 1 :		
Adresse (si différente de l'enfant):	_	
Code postal :	Commune:	
Tél domicile :	Mobile:	
Email :		
Tél professionnel :		
Nom et prénom du parent 2 :		
Adresse (si différente de l'enfant) :		
Code postal:	Commune:	
Tél domicile (si différent) :	Mobile:	
Email :		
Tél professionnel :		
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES	PARENTS:	
Quotient familial :		
Si le QF n'est pas transmis, la facturation n	<mark>naximum sera</mark>	<mark>appliquée</mark>
N° allocataire CAF :		
N° sécurité sociale (couvrant l'enfant) :		
Autre régime (MSA) :		
Assurance:		

## **AUTORISATIONS PARENTALES**

Je sous	ıssigné (e) Mme, M.		
Respor	onsable légal de Nom :	Prénom :	
-	Déclare l'inscrire à la maison des jeunes de extrascolaire.	de Saint-Thurial et avoir souscrit une assurar	nce
-	L'autorise à participer aux animations de l'année. Les sorties payantes sont à régle	la maison des jeunes avec une adhésion de r sur facture.	5€ à
-	L'autorise à pratiquer les activités sportiv contre-indication ;	res et déclare m'être assuré(e) de l'absence d	de toute
-	L'autorise à se baigner et m'engage à four réglementation l'oblige,	rnir un brevet de natation de 50 m si la	
-	·	maison des jeunes à prendre toutes les mes al, hospitalisation, opération chirurgicale, et	
-		de toute responsabilité dès la fin de l'activité micile, quelle que soit l'heure de fin de cette	
-	Autorise mon enfant à aller et venir lorsq	u'il est au local.	
-	Autorise les personnes ci-dessous à le (la	) prendre en charge en cours ou en fin d'acti	ivité :
	NOM :	Prénom :	
	NOM :	. Prénom :	
-	autorisation de diffusion vaut aussi pour articles de presse. Nous vous rappelons q modification, de rectification et de suppr	ession des données qui vous concernent (ar our exercer ces droits, adressez-vous à la dire	ernet et ticles 39
-	Souhaite faire les recommandations suiva	antes:	
	Fait à	le	

Signature du responsable



#### MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAII	SE
<b>DE LIAISON</b>	

1 - ENFANT		
NOM:		
PRÉNOM :		
DATE DE NAISSA	NCE :	
GARÇON 🛄	FILLE 🛄	

DATES ET LIEU DU SÉJOUR:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

#### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

#### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ₹

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	
	OE L'ALLERGIE ET LA	_	si automédication le si	
			••••••	
		***************************************		
			,	

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		N PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE</b> .
4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC  PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC  PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM	***************************************	
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ.  5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM	***************************************	
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM	4 - RECOMMA	NDATIONS UTILES DES PARENTS
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM	PRÉCISEZ.	
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM		
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT  NOM. PRÉNOM.  ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)		
NOM		constant and the second
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)		
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU : NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIE)		
TÉL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU : NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIE) : responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéan toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état d'l'enfant.  Date : Signature :  A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES  OBSERVATIONS  OBSERVATIONS		
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)  Je soussigné,		
Je soussigné,		
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéan toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état d'l'enfant.  Date : Signature :  A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES  OBSERVATIONS  OBSERVATIONS	NOM ET TÉL. DU	MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES  OBSERVATIONS	exacts les rense toutes mesures	ignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES  OBSERVATIONS	Date :	Signature:
OBSERVATIONS		A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
OBSERVATIONS		
OBSERVATIONS		
	OBSERVATION	

### REGLEMENT INTERIEUR Service adolescent 11-17 ans

La maison des jeunes est un lieu de rencontres, d'échanges, d'informations et d'expressions favorisant l'émergence de projets (découverte culturelle, sportive, artistique). L'accès se fait sans discrimination. Toute cohabitation doit se faire dans un état d'esprit de respect de l'autre, de neutralité, de laïcité et de tolérance. Le présent règlement a pour objet de définir les conditions de vie à l'intérieur et aux abords des locaux et lors des activités ainsi que pendant le transport.

Au sein de la maison des jeunes, quelques règles ont été définies comme non négociables :

- La consommation d'alcool et de produits stupéfiants est prohibée
- Tout comportement violent verbal ou physique n'est pas toléré
- Toute attitude qui pourrait interférer avec l'organisation du groupe n'est pas acceptée
- Le respect des autres, de l'équipe, du matériel et de l'environnement est une priorité

Lors de nos différentes animations (sorties et séjours) d'autres règles sont partagées et définies avec les jeunes : règles de vie collective, horaires, fonctionnement...

L'âge est à partir de la 6ième ou de 11 à 17 ans.

Les activités extérieures les mercredis après-midi de 13h45 à 18h (horaires habituels sous réserve de modification selon l'activité), pendant les vacances scolaires aux horaires établis selon l'activité ou la sortie (Stage, activité à la journée, activité à la demi-journée, soirées.) Accueil possible dès midi le mercredi, les jeunes sont récupérés à l'arrêt du bus et chacun amène son repas.

L'adhésion de 5€ permet de profiter de l'ensemble des animations à la maison des jeunes, elle est valable pour l'année civile et par famille. Cependant chaque sortie sera facturée, une participation par jeune inscrit.

	GRILLE TARIFAIRE SORTIES A LA JOURNEE					
QUOTIENT FAMILIAL	PARTICIPATION MINIMUM	HORS COMMUNE MINIMUM	PARTICIPATION MAXIMUM	HORS COMMUNE MAXIMUM		
< 700	1€	1€	8€	8€		
de 701 à 1000€	2€	2€	10€	10€		
de 1001 € à 1900 €	3€	3€	15€	15€		
> à 1900 €	4€	4€	20€	20€		

Il est possible de venir deux fois pour découvrir le secteur jeunesse avant de s'inscrire.

#### Pour toute inscription merci de fournir les pièces suivantes :

- o Dossier d'inscription rempli et signé o Photocopie des vaccins du carnet de santé
- o Fiche sanitaire remplie et signée
- o Attestation d'assurance EXTRA SCOLAIRE et responsabilité civile
- o L'attestation de la CAF ou de la MSA
- o L'attestation de la sécurité sociale
- o Pour les séjours : et attestation mutuelle, certificat médical attestant la non contre-indication à la vie en collectivité et à la pratique sportive.

Le dossier est validé lorsque toutes les pièces sont présentes au dossier, nous ne prendrons pas les enfants en sortie si ce n'est pas le cas.

Le programme parait par période de mercredis et de vacances.

Les jeunes peuvent se préinscrire mais l'inscription définitive est prise en compte pour les sorties à la suite de la confirmation des parents, elle est ensuite validée. Les inscriptions peuvent se faire par mail et téléphone :

jeunesse@stthurial.fr

La Responsable jeunesse au 07 83 45 18 23

Le paiement est effectué à réception de la facture et il est dû dès lors que le jeune participe à une sortie, s'il n'a pas prévenu de son absence au moins 48h à l'avance sauf pour raison médicale et sur présentation d'un justificatif.

La responsable jeunesse est diplômée et compétente pour encadrer les jeunes. Sa responsabilité est engagée dès que le jeune est accueilli pour l'activité, dans la tranche horaire indiquée sur le programme d'activités. Le jeune doit suivre les recommandations. Toute dégradation volontaire ou intentionnelle sera réparée à la charge du responsable de l'enfant. Une réparation pédagogique menée par l'enfant lui-même pourra être envisagée.

L'assurance EXTRA SCOLAIRE et RESPONSABILITE CIVILE est obligatoire pour la participation aux activités, il faudra fournir l'attestation.

La mairie a souscrit une assurance chez GROUPAMA pour couvrir les locaux et une assurance SMACL pour ses activités.

Les violences physiques, morales, jeux dangereux et mise en danger de la vie d'autrui sont strictement interdits. Il est interdit d'être en possession de tout objet pouvant être dangereux pour soi ou pour autrui. Le téléphone portable est interdit pendant les activités (sauf si l'activité nécessite son utilisation) Les règles de vie sont régulièrement discutées avec les jeunes et affichées dans les locaux. Chaque jeune s'engage à respecter ce règlement. Pour tout renseignement, réclamations ou autre information, contacter la responsable jeunesse.

« Je confirme avoir pris connaiss	sance du règlement ci-dessus et en accepte les termes. »
Fait à	le

Les parents ou Responsables légaux

Le jeune

La responsable jeunesse