

DOSSIER D'INSCRIPTION

CLUB ADOS

Prendre connaissance des documents suivants :

- La convention ville-famille
- Le projet éducatif
- Le projet pédagogique
- Le règlement intérieur

Ces documents sont accessibles sur le site de la mairie de Saint-Jean-de-Luz à l'adresse suivante : <https://urlz.fr/dlc7>.



Documents à ramener :

- **Fiche d'inscription** remplie et signée par le parent et le jeune
- **Fiche sanitaire de liaison** remplie et signée
- **Attestation de paiement CAF** mentionnant l'adresse de l'enfant à charge
- **Attestation d'assurance responsabilité civile 2022-2023**
- **Attestation CAF Aides au Temps Libres (ATL)** pour les familles éligibles
- **Attestation d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)** pour les familles concernées
- **Le test d'aisance aquatique** (ou l'**attestation Savoir Nager**) est à fournir pour une première inscription au Club Ados afin de participer aux activités nautiques.
- **Paiement :**
 - en chèque à l'ordre : Régie Enfance Jeunesse Scolaire
 - en espèces : prévoir l'appoint

ATTENTION : Nouvelle tarification à compter d'octobre 2022 (cf convention ou règlement intérieur)

Nouveauté été 2023 : une inscription mensuelle sera nécessaire pour participer au Club Ados

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ENREGISTRÉ

FICHE D'INSCRIPTION CLUB ADOS 2022/2023

ENFANT

NOM :

Sexe : Fille Garçon

Téléphone :

Prénom :

Date de naissance : / /

Etablissement scolaire :

PARENTS

Responsable 1

Père Mère Autre

Autorité parentale : oui non

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP/ Ville :

Téléphone :

Mail :

Responsable 2

Père Mère Autre

Autorité parentale : oui non

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP/ Ville :

Téléphone :

Mail :

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance des documents suivants et en accepte le contenu :
 - ▶ Convention ville-famille
 - ▶ Projet éducatif
 - ▶ Projet pédagogique
 - ▶ Règlement intérieur (à faire lire par votre enfant)
- Autorise mon enfant :
 - à participer aux activités de l'accueil de loisirs 12/17 ans de la Ville de Saint-Jean-de-Luz
 - à repartir seul des sorties journée et demi-journée oui non
- Cède à la ville de Saint-Jean-de-Luz l'utilisation de l'image de mon enfant et sa diffusion à des fins représentatives des activités Club Ados. oui non
- Autorise la pratique de soins médicaux ou chirurgicaux en cas de nécessité absolue.

Fait à

le/...../.....

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Tarif : espèces

chèque

Montant du chèque :

Banque

n°

Titulaire :

Signature des représentants légaux :

Signature du jeune :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
