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://www.saintjeandeluz.fr/fr/vie-quotidienne/famille-et-scolarite/jeunesse/club-ados/

Documents à ramener OBLIGATOIREMENT :

- **Fiche d'inscription** remplie et signée par le parent et le jeune
- **Fiche sanitaire de liaison** remplie et signée
- **Attestation de quotient familial ou de paiement CAF** mentionnant l'adresse de l'enfant à charge (pour les luziens)
- Attestation d'assurance **responsabilité civile 2026-2027**
- **Paiement** : **20€ luziens / 35€ extérieurs**
  - en espèces (prévoir l'appoint)
  - en carte bancaire
  (les chèques seront progressivement supprimés des moyens de paiement)

Documents à ramener en fonction des situations :

- Attestation CAF **Aides au Temps Libres (ATL)** pour les familles éligibles
- Attestation CAF **Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)**

Eté 2027 : L'inscription se fera à partir de juin et sera obligatoire pour pouvoir accéder au cabanon sur la plage et participer aux activités proposées en juillet et/ou en août.

Le test d'aisance aquatique ou **l'attestation Savoir Nager** (acquise dans le cadre scolaire lors du cycle piscine) sera obligatoire pour toute inscription pour l'été (sauf si déjà fournie lors des années précédentes).

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ENREGISTRÉ

FICHE D'INSCRIPTION CLUB ADOS 2026/2027

ENFANT

NOM :…….. **Prénom** :……..

Sexe : □ Fille □ Garçon **Date de naissance** : ……. / ……. / ……..

Téléphone : …… **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,

- 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**
- 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 la pratique de soins médicaux ou chirurgicaux en cas de nécessité absolue.

Fait à …….. Le ……/……/……..

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Tarif : ……

□ **Espèces** □ **CB** □ **Chèque**

Montant du chèque : ……..

Banque ……

n°……

Titulaire : ……

Signature des représentants légaux :

Signature du jeune

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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					
Ou Tétracoq				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 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 ☐	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non ASTHME ☐ 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.

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 : _____ Père _____

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