

Fiche de renseignements

Coordonnées du jeune:

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à..... Nationalité.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../..... Tél bureau mère :/...../...../...../.....

...../...../...../...../..... Tél bureau père :/...../...../...../.....


Tél portable jeune :/...../...../...../..... Tél portable mère :/...../...../...../.....

Tél bureau père :/...../...../...../.....


Mail des parents :

Mail du jeune :

Informations diverses:

 Fais-tu partie d'une association sportive ou culturelle : OUI NON

Si OUI laquelle :

 Tes passe-temps favoris :

.....

 Joues-tu de la musique ? OUI NON

Si OUI, de quel(s) instrument(s) :

 Quelles sont les activités que tu souhaiterais pratiquer au sein de l'Accueil Jeunes ?

.....

.....

 Comment as-tu connu l'Accueil Jeunes ? (amis, flyers, collègue, internet, etc.....)

.....

.....

 Quelles sont tes disponibilités pour venir à l'Accueil Jeunes en dehors des vacances ?

.....

.....

Fiche de renseignements

Représentant légal 1: Père Mère Tuteur ou tutrice Famille d'accueil

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../..... Tél bureau :/...../...../...../.....

Tél portable :/...../...../...../..... E-Mail :

N° de sécurité sociale :

Régime d'affiliation : Général Agricole Autre :

N° Allocataire :

Représentant légal 2: Père Mère Tuteur ou tutrice Famille d'accueil

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../..... Tél bureau :/...../...../...../.....

Tél portable :/...../...../...../..... E-Mail :

N° de sécurité sociale :

Régime d'affiliation : Général Agricole Autre :

N° Allocataire :

Fait A

Le.....

Signature des représentants légaux

Mentionnant « **Lu et Approuvé** »

Fiche renseignement navette de transport

Consciente de son vaste territoire et consciente des horaires atypiques mais adaptés au public adolescent qui sont mis en place par sa structure jeunesse, la Communauté de Communes Dronne et Belle met en place un moyen de transport gratuit pour les adolescents souhaitant bénéficier des services proposés par l'Accueil Jeunes.

Ces navettes seront effectives pendant les vacances scolaires et lors des activités en soirées.

Elles sont destinées aux familles n'ayant pas leurs jeunes mobiles en autonomie (vélos, mobylette, scooter, co-voiturage) et aux familles ne pouvant être mobile pour leurs jeunes sur les heures d'ouvertures et de fermetures de l'Accueil Jeunes.

Ces navettes sont à place limités soit 16 places.

Deux minibus de 8 places vont effectuer les transports et ce sur deux bassins de vie :

- Bassin de vie du Brantômois
- Bassin de vie du Champagnacois

Pour cela, merci de remplir la fiche de renseignement ci-dessous :

Coordonnées du jeune:

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../..... Tél portable jeune :/...../...../...../.....

Tél portable représentants légaux :/...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Mail des parents :

- Je souhaite bénéficier de la navette de transport :
- Bassin de vie du Brantômois (Biras, Bourdeilles, Bussac, Valeuil, etc...)
 - Bassin de vie du Champagnacois (Condat sur Trincou, Quinsac, Villars, La Chappelle Faucher, etc..)

- Je ne souhaite pas bénéficier de la navette

Signature des représentants légaux

Mentionnant « **Lu et Approuvé** »

Fiche sanitaire

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

NOM : PRENOM :

SEXE : M F Date de Naissance :

- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE- INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Nom et coordonnées du médecin traitant :

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites 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 ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE ? ACCIDENT ? CRISES CONVULSIVES ? HOSPITALISATION ? OPERATION ? REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....

PAI OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

TEL :

Autorisations parentales

URGENCES

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence. La famille sera alors prévenue.

Je soussigné(e) / nous soussignons :

.....

responsable(s) légal(aux) de :

.....

autorise / autorisons le personnel à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires suivant les prescriptions du médecin ayant consulté mon enfant.

OUI

NON

Date et signature :

SORTIES

J'autorise (nous autorisons) mon (notre enfant) à sortir seul après l'activité organisée par l'Accueil Jeunes : OUI NON

J'autorise (nous autorisons) mon (notre enfant) à sortir librement de **l'Accueil Jeunes** pendant les horaires d'ouvertures du mercredi et du vendredi : OUI NON

Je soussigné(e),.....

assume la pleine et entière responsabilité de cette démarche et décharge la Communauté de Communes Dronne et Belle de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Ce qui implique que le jeune devra noter ses horaires de sorties sur un registre.

Date et signature :

DROIT A L'IMAGE

L'image du jeune ne peut être utilisée sans l'accord de ses responsables légaux.

Les prises de vue de votre enfant (photos ou vidéos) seront utilisées sur tous les supports dans le cadre de la communication de la Communauté de Communes Dronne et Belle (pour une durée illimitée).

- AUTORISE** gracieusement la publication d'images de mon enfant qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées par l'Accueil Jeunes sur tout support de communication relatif à la promotion de ces activités (notamment la presse écrite et le site internet de la structure).
- N'AUTORISE PAS** la publication d'images de mon enfant.

Date et signature :

FACEBOOK

J'autorise (nous autorisons) que les prises de vue de mon (notre) enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur la page Facebook de l'Accueil Jeunes de la Communauté de Communes Dronne et Belle (pour une durée illimitée).

- ACCEPTE N'ACCEPTE PAS

Date et signature :

TRANSPORTS

Dans le cas où votre enfant est inscrit sur une activité particulière, il peut être amené à participer aux sorties (Laser Games, musée, cinéma, promenade à l'extérieur, d'un local à un autre) par le biais d'un véhicule de service (minibus).

J'autorise (nous autorisons) mon (notre) enfant à être transporté par un véhicule de service (minibus) dans le cadre de déplacements quotidiens ou spécifiques :

- OUI NON

Date et signature :

Coupon détachable « Règlement Intérieur »

Madame, Monsieur....., mère, père, représentant légal
dedéclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait àle.....

Les parents

Ou

Le Représentant légal,
(signature)

Le Jeune,
(signature)

Coupon détachable « Règles de vie »

A.....

Le.....

Nom et Prénom :.....

J'accepte les règles de vie l'Accueil Jeunes

Signature du jeune :

Signature des parents :

ATTESTATION D'APTITUDE PRÉALABLE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET AQUATIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

(accueils relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles)

Références : Code de l'action sociale et des familles : article R.227-13 et arrêté du 25 avril 2012 ; Code du sport : A322-44 et A322-66

Le test est obligatoire pour la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation.

Il peut être effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité pour la pratique de laquelle il est obligatoire

Le test doit être effectué sans brassière de sécurité (circulaire du 30 mai 2012).

Date du test :

Nom et prénom du mineur :

Aptitudes vérifiées et acquises : (cocher les cases correspondantes)

- Effectuer un saut dans l'eau
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant
- Nager sur le ventre pendant 25 mètres (Attention : 50 mètres pour les plus de seize ans qui pratiqueront une activité voile)

Résultat du test : satisfaisant non satisfaisant

Personne ayant fait passer le test :

Nom et prénom :

Qualification (voir informations au verso) :

Etablissement d'appartenance :

Numéro de carte professionnelle d'éducateur sportif :

Signature :