

- A fournir les documents ci-dessous :**
- Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile.
 - Copie des vaccins carnet de santé.
 - Certificat médical de non contre-indication pour toute activité sportive, à présenter le jour de l'activité.
 - Le test d'aptitude aux activités aquatiques pour toute activité nautique.

**Fiche d'inscription et
d'utilisation Du Point Rencontre
Jeunes ANNEE 20...../20.....**

• **Je, soussigné(e), Père, Mère, Tuteur de l'enfant :**

Nom :Prénom :

Adresse
.....
.....

Tel Parents fixe: / / / / / / / / / / port Père : / / / / / / / / / /

Mère : / / / / / / / / / /

• **Autorise mon fils, ma fille :**

Nom :Prénom :

Date de naissance : __/ / / / / / / / /

Tel portable jeune : / / / / / / / / / / Adresse E.mail :

A fréquenter et utiliser les équipements du Point Rencontre Jeunes.

CAF MSA autres

N° de sécurité sociale : Assurance
responsabilité civile, nom de l'assureur :(joindre une attestation)

.....
.....

Recommandations médicales

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

Date et signatures :

Père

Mère

Jeune



REGLEMENT INTERIEUR DU POINT JEUNES DE LE BARP

Article 1 : Organisation

Le Point Jeunes du Barp est une structure municipale. Il est agréé par la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports. Il est donc soumis à une législation stricte ; La structure est encadrée par une directrice et des animateurs diplômés.

Article 2 : Conditions d'accueil

L'accès au Point Jeunes est réservé aux jeunes âgés de 12 à 17 ans sur dossier complet.

Le règlement intérieur, la fiche sanitaire, l'autorisation parentale devront être remplis et signés, accompagnés des documents inscrits ci-dessous :

- **copies du carnet de santé**
- **certificat médical d'aptitude à la pratique sportive**
- **attestation d'assurance**
- **Copie d'examen d'aptitude à la pratique nautique**

La fiche de présence devra être complétée lorsque le jeune arrivera sur la structure. Cependant, le Point jeunes, hors des activités proposées est un lieu d'accueil. Aussi, les adolescents peuvent venir et quitter la structure à leur guise. D'autres documents pourront être demandés lors d'activités spécifiques (camps, ...).

Article 3 : Conditions d'inscriptions aux activités et paiement

Les inscriptions se font au Point Jeunes, à partir de la date prévue à cet effet. Possibilité de s'inscrire sur liste d'attente. En cas d'absence, nous vous demandons de bien vouloir nous prévenir **24h dernier délai**, afin de pouvoir contacter un jeune sur liste d'attente.

- **Toute inscription à une sortie oblige une inscription sur une activité en structure.**

- Le tarif appliqué dépend de la grille tarifaire affiché sur la struture.

- La participation financière devra être acquittée :

Pour les petites vacances scolaires et les activités hors vacances : A la fin des vacances et activités

Pour les grandes vacances : à la fin de juillet et fin aout ou à la fin des 2 mois de vacances

Article 4 : Horaires d'ouverture

A consulter au Point Jeunes en fonction des périodes (hors vacances et vacances scolaires).

Article 5 : Règlement intérieur

Conformément à la législation française en vigueur, il est interdit de :

- fumer à l'intérieur du Point Jeunes,
- consommer ou d'introduire tout produit illicite (alcool, drogues...), à l'intérieur ou aux alentours du Point Jeunes. Il est impératif de respecter le matériel, le local et les personnes.

Le directeur, garant de la sécurité des jeunes, du local et du matériel mis à disposition, pourra être amené à prendre des sanctions en cas de non-respect du règlement intérieur.

Par ailleurs, il pourra sanctionner par une réparation financière l'auteur des faits de dégradation ou/et prononcera l'exclusion temporaire ou définitive du jeune fautif selon la gravité de la faute.

Nous déclarons avoir pris connaissance du présent règlement intérieur et nous nous engageons à le respecter.

Date: _____ **Signature du jeune :** _____ **Signature du responsable :** _____

AUTORISATION PARENTALE

POUR L'ANNEE 20.... / 20....

Je, soussigné(e) Mme, Mr : _____

Père, mère, tuteur de : _____

Né le : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Email : _____

Autorise mon fils, ma fille, ma pupille : _____

- **A participer** aux activités et sorties organisées par la mairie du Barp dans le cadre du Point Rencontre Jeunes du 14 septembre 20.... au 13 septembre 20.....
- **Le test d'aptitude aux activités aquatiques est obligatoire.**
- **A utiliser** tous les outils mis en place afin de réaliser ces activités et ces sorties (transports...).
- **Autorise** l'équipe d'animation du Point Rencontre Jeunes à prendre toutes les mesures utiles en cas d'urgence. *Un certificat médical de non contre-indication pour toute activité sportive est obligatoire.*
- Donne accès à l'équipe d'animation au droit à l'image (article de presse, blog)
Cocher la mention souhaitée **oui** **non**
- **Atteste** que mon enfant est couvert par une assurance accident. Cette assurance doit couvrir non seulement les accidents causés aux tiers, mais ceux dont l'enfant peut être aussi victime.

M'engage à régler la somme de **9.20€** correspondant à l'adhésion au PRJ pour la période du 14 septembre 20.... au 13 septembre 20..... / Règlement par chèque à l'ordre du Trésor Public ou espèces.

A.....Le..... **Signature du**

responsable légal précédé de Lu et Approuvé :



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : A S T H M E oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de

l'enfant AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :