

## CLJ – ADOLIDAYS

### FICHE D'INSCRIPTION - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Adresse e-mail : .....

Téléphone personnel :

#### **Téléphone en cas d'urgence :**

Déclare sur l'honneur agir en qualité de :  père  mère  tuteur  personne investie du droit de garde

sur le mineur ci-dessous désigné :

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Déclare sur l'honneur vis-à-vis du mineur ci-dessus désigné :

- l'autoriser à participer aux activités du Centre de Loisirs des Jeunes de Bourg-en-Bresse (été et petites vacances) et à se rendre éventuellement seul sur les lieux d'activités.
- attester qu'il n'est plus sous la responsabilité du centre si pour une raison quelconque l'enfant quitte les lieux d'activités en dehors des horaires fixés.
- attester que l'enfant ci-dessus désigné est couvert par une assurance Responsabilité Civile et Individuelle accident (attestation à joindre).
- autoriser, en cas d'urgence, le directeur dudit Centre de Loisirs, à prendre toutes dispositions d'urgence en cas d'accident le concernant.

N° d'immatriculation Sécurité Sociale de la personne à laquelle est rattaché l'enfant :

A ....., le .....

Signatures du père ou de la mère  
ou de la personne investie du droit de garde

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / / .....

..... / / .....

..... / / .....

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....	.....	.....	.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : .....  
 DATE : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

.....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....

## **REGLEMENT INTERIEUR**

### **ARTICLE 1**

Le Centre de Loisirs des Jeunes s'adresse aux jeunes de 12 ans (nés à partir de 2008) à moins de 18 ans.

### **ARTICLE 2**

Le Centre organise son point d'accueil principal au Parc de Loisirs de Bouvent.

Les activités proposées pourront avoir lieu dans différents équipements de la Ville, de 10h à 12h et de 13h30 à 18h, sauf les jours de sorties extérieures et lors des animations nocturnes.

Elles seront conduites par des éducateurs et animateurs municipaux spécialisés, habilités à encadrer les activités proposées conformément à la réglementation en vigueur. Ils pourront faire appel à des prestataires et cadres techniques de clubs, compétents et diplômés, auxquels s'ajoute du personnel extérieur contractuel.

### **ARTICLE 3**

Les activités proposées sont ouvertes à tous les adhérents selon un programme et des horaires établis et communiqués par l'équipe d'animation.

L'équipe d'animation se réserve le droit de modifier le planning en raison d'éventuelles contraintes (inscriptions insuffisantes, conditions matérielles ou météorologiques...). Il est donc indispensable de se renseigner la veille auprès du Centre de Loisirs des Jeunes (04 74 45 70 22).

Aucun accueil ne sera assuré en dehors des horaires prévus sur le programme et/ou d'ouverture du Centre.

### **ARTICLE 4**

Une présence tous les jours n'est pas obligatoire, ni même toute la journée. Toutefois, une inscription à une activité extérieure nécessite un respect strict des horaires annoncés (un retard pourra entraîner une exclusion) et une présence pendant toute la durée de la séance.

**Si l'adhérent ne peut pas participer à une activité, il devra fournir obligatoirement un justificatif (certificat médical) dans un délai de 5 jours, pour pouvoir prétendre au remboursement de l'activité.**

**La ville de Bourg-en-Bresse dégage toute responsabilité envers un jeune qui, pour quelque raison que ce soit, quitte les lieux d'activités en dehors des horaires prévus dans le programme.**

**De même que la ville de Bourg-en-Bresse dégage toute responsabilité en cas d'accident, de vol ou d'incident survenu à un mineur en dehors du centre ou des lieux d'activités prévus.**

### **ARTICLE 5**

Le matériel mis à disposition doit être utilisé avec soin, exclusivement pour les besoins de l'activité. Toute dégradation fera l'objet d'une demande de réparation ou de remplacement à l'identique auprès de son auteur.

Toute dégradation, vol, injure, voie de fait, violence envers tout autre usager ou animateur entraînera une exclusion définitive.

### **ARTICLE 6**

Chaque enfant inscrit s'engage à pratiquer les activités en tenue adaptée (chaussures et vêtements) et à respecter :

- ce règlement intérieur et les règles d'utilisation des équipements,
- les consignes de sécurité lors de toute activité,
- les règles d'intervention des secours,
- les règles de courtoisie, de savoir vivre en communauté et de respect envers l'équipe d'encadrement et des autres jeunes

### **LE NON RESPECT DE CE REGLEMENT POURRA ENTRAINER UNE EXCLUSION DEFINITIVE DU CENTRE DE LOISIRS DES JEUNES.**

Le

Le

Nom et signature de l'enfant

Nom et signature du ou des représentants légaux de l'enfant