



Communauté de Communes
BASTIDES DE LOMAGNE

L'Espace Jeunes « LE CLUB » Pour les 11 à 17 ans

Présentation

Le Club est un lieu dédié aux adolescents de 11 à 17 ans habitant sur une des 41 communes la Communauté de Communes Bastides de Lomagne, qui propose des espaces de discussions et de jeux, des activités, des stages et des sorties sur les temps péri et extra-scolaire. Le lieu est animé par le référent jeunesse. Il est situé au 3 rue du Docteur Fauqué à Mauvezin.

La participation de vos enfants est soumise à une inscription préalable et certaines activités pourront être payantes. Un programme sera envoyé aux adhérents du Club, diffusé sur le site de la Communauté des Communes Bastides de Lomagne : www.ccbl32.fr, sur le profil Instagram @jeunesse_bastidesdelomagne et sur la page Facebook de la Communauté de Communes Bastides de Lomagne.

Pour s'inscrire à l'Espace Jeunes, veuillez remplir le dossier d'inscription et le renvoyer par mail à jeunesse@ccbl32.fr ou le déposer au référent jeunesse de l'espace jeunes.

L'inscription est valable un an de septembre à août (année scolaire).

Horaires d'ouverture

Pendant les vacances scolaires :

L'Espace Jeunes est ouvert **seulement** pendant les vacances scolaires :

- vacances d'automne
- vacances d'hiver
- vacances de printemps
- Vacances d'été

Les horaires sont variables selon la programmation.

Contact

jeunesse@ccbl32.fr
06 62 50 82 77



Communauté de Communes
BASTIDES DE LOMAGNE

ESPACE JEUNES

« Le Club »

Dossier Inscription

Afin de compléter le dossier d'inscription, veuillez fournir :

- L'attestation de responsabilité civile et individuelle accident
- La photocopie du carnet de vaccination

+ les documents suivants datés et signés :

- La fiche de renseignements
- L'autorisation parentale
- La fiche sanitaire de liaison

Si votre enfant a un Projet d'accueil individualisé (PAI) veuillez nous le fournir.



◆ ZA route d'Auch - 32120 Mauvezin

◆ Tél : 05 62 06 84 67 - Email : contact@ccbl32.fr

◆ Page Facebook : Communauté de Communes Bastides de Lomagne

FICHE DE RENSEIGNEMENTS du CLUB

ENFANT

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Allergies	

Fournir un certificat médical, et le protocole de l'allergologue (PAI) pour les allergies.

PARENTS

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Tél. fixe		
Tél. portable		
E-mail		
Nom et adresse employeur		
Numéro de tél. travail		

Assurance et N° de contrat en responsabilité civile :

(Fournir une attestation)

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents):

Nom Prénom : Tel :

En cas d'urgence, j'autorise le personnel responsable à prendre toutes les mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom : Tel

Nom Prénom : Tel

Nom Prénom : Tel

Autorise mon enfant à partir seul : oui non (Rayer la mention inutile)

J'accuse réception des règlements intérieurs (1).

Date

Signature Père

Signature Mère

(1) - rayer la mention inutile

AUTORISATION PARENTALE

Nom / Prénom de l'enfant

Je soussigné[e] Mme M. Tuteur

- autorise mon enfant à venir à l'Espace Jeunes et à participer aux animations
- autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer mon enfant et à utiliser les images dans le cadre de la législation.
- autorise le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise la CCBL à transporter mon enfant dans un mini-bus et/ou un bus.
- autorise la CCBL à consulter mon compte CAF :

Oui Non (**dans ce cas vous vous engagez à payer entièrement les sorties/activités payantes**)

Si oui, N° allocataire CAF

J'autorise mon enfant à accéder au wifi de l'espace jeunes : oui non

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne et l'équipe d'animation déclinent toute responsabilité en cas d'accident survenu avant ou après les horaires d'encadrement des animations.

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne ne saurait être tenue pour responsable des accidents survenus indépendamment de toute faute de sa part.

Dans un souci de bien-être pour votre enfant et de façon à pouvoir mettre en place un accueil adapté : est-ce que votre enfant est suivi par une structure médico-sociale ou médico-psychologique ?

Oui Non

Si oui, nous autorisez-vous à les contacter ?

Oui Non

Fait à :

Le :

Signature

Imprimer et remplir la fiche sanitaire de liaison ci-dessous

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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 :
SEXЕ	<input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> 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 ^{er} VACCIN	____ / ____ / ____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____	1 ^{er} RAPPEL	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE		DATES
	____ / ____ / ____
		____ / ____ / ____

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"/>
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"/>

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 SUIT-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)

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