



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

◆ ZA route d'Auch - 32120 Mauvezin

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

◆ Page Facebook : 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.



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 in utile)

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

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 :

SEXE ☐ GARCON ☐ 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		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} 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) :
.....
.....

		DOMICILE	BUREAU
N° DE S.S.	<input type="text"/>	N° DE TEL <input type="text"/>	<input type="text"/>

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)

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