



**ATTENTION : Les chantiers de la première semaine de juillet (du 08 au 12/07/19) seront sur les communes de Saint Sylvestre et Penne d'Agenais avec les jeunes du Pennois. Les autres chantiers seront organisés comme les années précédentes.**

Organisation des Chantiers Educatifs 2019		
Vacances Pâques  Du Lundi 15/04 au Vendredi 19/04 Du Mardi 23/04 au Vendredi 26/04	Vacances d'été  Du Lundi 08/07 au Vendredi 12/07 Du Lundi 15/07 au Vendredi 19/07 Du Lundi 22/07 au Vendredi 26/07 Du Lundi 29/07 au Vendredi 02/08	Vacances de Toussaint  Du Lundi 21/10 au Vendredi 25/10

Pour les jeunes de 14 à 17 ans, domiciliés dans Fumel Vallée du Lot (Mixité entre garçons et filles).

#### Contact : Fumel Vallée du Lot

Florent SEYRAL - Responsable Chantiers Jeunes  
Tel : 05.53.36.88.58 Mail : sportsante@cc-dufumelois.fr

*Une bourse loisirs d'un montant de 80 € sera remise aux jeunes, le dernier jour des ateliers.*

Un droit d'inscription pour les « CHANTIERS JEUNES 2019 » est fixé à 8€, chaque jeune retenu devra le régler pour confirmer son inscription (en chèque à l'ordre du trésor public ou en espèce avec l'appoint).

Le dossier doit être ramené (complet) à Fumel Vallée du Lot, au Pôle de développement territorial, 34 avenue de l'usine 47500 FUMEL.

#### Autorisation parentale :

Je soussigné.....représentant légal  
de ....., autorise sa participation  
aux chantiers éducatifs 2019 proposés par Fumel vallée du Lot.

Date :

Signature du représentant légal :

**FUMEL VALLÉE DU LOT**

Place Georges Escande BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

[www.cc-dufumelois.com](http://www.cc-dufumelois.com)

	Accueil de Loisirs ADOS		Chantiers Jeunes
	05.53.36.88.58 07.57.54.21.15 jrobert@cc-dufumelois.fr		05.53.36.88.58 fseyral@cc-dufumelois.fr

INFORMATIONS ADHERENT									
NOM		Prénom		Date de naissance	/ /				
					Sexe	F / M			
ETABLISSEMENT SCOLAIRE									
AUTORISATIONS DE SORTIE									
SORTIE DU SOIR				SORTIE PENDANT LES HEURES D'ACCUEIL					
Mon enfant peut rentrer seul à la maison à la fin des activités.				Mon enfant peut s'absenter pendant les heures d'accueil (RDV, Repas du midi,...)					
OUI	NON	Signature		OUI	NON	Signature			
INFORMATIONS MEDICALES									
Médecin traitant				Vaccinations à jour:		OUI	NON		
OBSERVATOINS MEDICALES									
				PAI					
				Allergie alimentaire					
				Allergie médicamenteuse					
INFORMATIONS FAMILLE									
ADULTE 1 (Responsable légal)				ADULTE 2					
NOM				NOM					
Prénom				Prénom					
Adresse				Adresse					
									
	Domicile					Domicile			
	Portable					Portable			
	Travail					Travail			
Employeur					Employeur				
Situation Familiale	Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale			Situation Familiale	Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale				
Régime Allocataire	CAF	MSA	AUTRE	N°Allocataire			QUOTIENT FAMILIAL		
Personnes autorisées à venir chercher l'adhérent		NOM							
		NOM							
La ou les personnes signataires de cette fiche de renseignements donnent leur consentement au traitement de leurs données personnelles dans le strict respect du RGPD.									
SIGNATURE(S)									

### FUMEL VALLÉE DU LOT

Place Georges Escande BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

[www.cc-dufumelois.com](http://www.cc-dufumelois.com)

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné, Mme / M.

Cocher les cases si autorisation

	Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service et autorisées par la réglementation.
	Autorise les responsables à prendre toute mesure qu'ils jugeraient utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.
	Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport proposés par le service.
	Autorise l'équipe pédagogique à prendre des images de mon enfant. Ces images pourront être utilisées sur des supports internes, internet ou presse.

## DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES DEUX SERVICES

CARTE VITALE

ATTESTATION D'ASSURANCE

FICHE SANITAIRE

CERTIFICAT MEDICAL (non contre indication aux activités sportives et aux activités de chantiers pour les chantiers jeunes)

PHOTO D'IDENTITE



## DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES CHANTIERS JEUNES

LETTRE DE MOTIVATION

ATTESTATION DE NATATION (mercredi 29/05 ou 05/06 entre 15h et 16h au bassin d'initiation de Libos)

CONTRAT D'ENGAGEMENT

REGLEMENT FRAIS D'INSCRIPTIONS - 8,00€



## DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'ALSH ADOS

REGLEMENT ADHESION ANNUELLE - 20,00€

RENCONTRE FAMILLE - ADHERENT - DIRECTEUR

RENCONTRE FAMILLE - ADHERENT - DIRECTEUR

DATE	LIEU
------	------

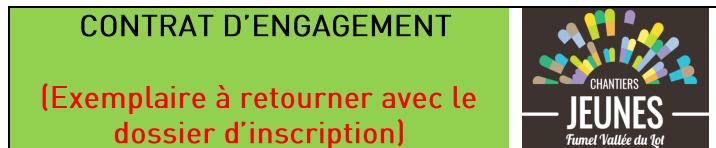
## SIGNATURES

FAMILLE	ADHERENT	DIRECTEUR ALSH ADOS

## FUMEL VALLÉE DU LOT

Place Georges Escande BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

[www.cc-dufumelois.com](http://www.cc-dufumelois.com)



Entre les soussignés :

Fumel Vallée du Lot **d'une part**,

Et

(Nom de l'enfant) ..... né(e) le .....

Représenté par Mme et/ou M..... (père, mère, représentant légal),

**D'autre part.**

**Il a été convenu ce qui suit :**

Fumel Vallée du Lot propose à (nom-prénom du jeune) .....

De participer à une semaine de chantiers jeunes durant l'année 2018.

#### **Article1 : Encadrement**

Fumel Vallée du Lot s'engage à mettre à disposition le personnel nécessaire au bon fonctionnement des chantiers jeunes.

#### **Article2 : Absence**

En cas d'absence, la famille doit informer les animateurs dès que possible. **Les jeunes sont pris en charge de 8h30 à 16h45 du lundi au jeudi et de 8h30 à 14h30 le vendredi.** En dehors de ces horaires, Fumel Vallée du Lot se décharge de toutes responsabilités.

L'enfant ne quittera pas le lieu d'accueil seul, s'il est mentionné sur le dossier un retour au domicile accompagné.

#### **Article 3 : Bourse de loisirs**

Une bourse de loisirs sera versée à (nom-prénom du jeune) .....en fin de semaine, si le jeune participe à la totalité des ateliers et animations.

#### **Article 4 : Règlement**

Le jeune a des droits mais aussi des devoirs, il devra respecter les règles de vie pendant les temps d'activités y compris durant les temps informels (ponctualité, respect des consignes, ...). Dès le premier jour de la semaine, ce règlement sera donné aux jeunes.

Dans le cas où certains jeunes présenteraient un comportement inadapté (insolence, brutalité, incréation envers un tiers, non-participation aux ateliers), les parents seront avisés par téléphone, un rendez-vous sera pris avec les parents et le jeune. L'activité du chantier sera l'activité principale de la semaine, le jeune devra s'y investir pleinement.

En cas de manquement répété à ces règles simples, le jeune sera exclu du chantier et la bourse non versée.

La destruction volontaire du matériel entraînera le remboursement par la famille des objets détériorés.

En fin de semaine un bilan sera fait entre les jeunes et les animateurs.

#### **Article 5 : Validité**

Les jeunes concernés étant mineurs, la validité du contrat est soumise à la signature (Précédée de la mention « lu et approuvé ») de l'autorité parentale.

Ledit contrat sera également signé par la collectivité et le jeune.

Date :

Signature des parents ou  
Du représentant légal

Signature du bénéficiaire

Signature du Président de Fumel vallée du Lot



#### **FUMEL VALLÉE DU LOT**

Place Georges Escande BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

[www.cc-dufumelois.com](http://www.cc-dufumelois.com)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa  
N° 10008\*02

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 (*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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	OU <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> NO <sup>N</sup> <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

**FUMEL VALLÉE DU LOT**

Place Georges Escande BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

[www.cc-dufumelois.com](http://www.cc-dufumelois.com)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

---

---

---

---

---

#### **4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC.... PRÉCISEZ.

---

---

---

---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigne, ..... responsable legal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

## OBSERVATIONS

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