



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

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

AUTORISATIONS PARENTALES			
Je, soussigné, Mme / M.			
Cocher les cases si autorisation			
<input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le service et autorisées par la réglementation.		
<input type="checkbox"/>	Autorise les responsables à prendre toute mesure qu'ils jugeraient utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.		
<input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport proposés par le service.		
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	CARTE VITALE		
<input type="checkbox"/>	ATTESTATION D'ASSURANCE		
<input type="checkbox"/>	FICHE SANITAIRE		
<input type="checkbox"/>	CERTIFICAT MEDICAL (non contre indication aux activités sportives et aux activités de chantiers pour les chantiers jeunes)		
<input type="checkbox"/>	PHOTO D'IDENTITE		
	DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES CHANTIERS JEUNES		
<input type="checkbox"/>	LETTRE DE MOTIVATION		
<input type="checkbox"/>	ATTESTATION DE NATATION (mercredi 29/05 ou 05/06 entre 15h et 16h au bassin d'initiation de Libos)		
<input type="checkbox"/>	CONTRAT D'ENGAGEMENT		
<input type="checkbox"/>	REGLEMENT FRAIS D'INSCRIPTIONS - 8,00€		
	DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'ALSH ADOS		
<input type="checkbox"/>	REGLEMENT ADHESION ANNUELLE - 20,00€		
<input type="checkbox"/>	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

CONTRAT D'ENGAGEMENT

(Exemplaire à retourner avec le dossier d'inscription)



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, incorrection 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



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



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
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

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

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

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 soussigné,.....responsable légal 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

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

Expans 01 64 48 3000

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