



**ATTENTION :** Les chantiers de la première semaine de juillet (du 10 au 14/07/2023) 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 2023

| Vacances Pâques                                                      | Vacances d'été                                                                                                                            | Vacances de Toussaint            |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Du Mardi 11/04 au Vendredi 14/04<br>Du Lundi 17/04 au Vendredi 21/04 | Du Lundi 10/07 au Jeudi 13/07<br>Du Lundi 17/07 au Vendredi 21/07<br>Du Lundi 24/07 au Vendredi 28/07<br>Du Lundi 31/07 au Vendredi 04/08 | Du Lundi 23/10 au Vendredi 27/10 |

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](mailto: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 2023 » 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 de participation :

Je soussigné.....représentant légal  
de ....., autorise sa participation  
aux chantiers éducatifs 2023 proposés par Fumel vallée du Lot.

Date :

Signature du représentant légal :

# 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 au dispositif des chantiers jeunes durant l'année 2023.

## Article 1 : Encadrement

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

## Article 2 : 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 la totalité des ateliers et des animations est effectuée.

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

|                                                                                   |                                    |                                                                                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Accueil de Loisirs<br/>ADOS</b> |  | <b>Chantiers Jeunes</b>  |
|                                                                                   | 05.53.36.88.58<br>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)                                                                                                                                                           |                                                    |     |       |               |                                                                                      |                                                    |  |  |  |

**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         |
|  | QUESTIONNAIRE DE SANTE  |
|  | PHOTO D'IDENTITE        |



## DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES CHANTIERS JEUNES

|  |                                        |
|--|----------------------------------------|
|  | LETTRE DE MOTIVATION                   |
|  | 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                |  |
| <b>SIGNATURES</b> |          |                     |  |
| 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)



## 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         |     |     |                            | Couqueuche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétacoq           |     |     |                            |                            |       |
| 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)

INDIQUEZ CLAIRS :  
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  
exactes 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



## Questionnaire de santé

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                              | Ton âge :    ans         |                          | OUI                                                                                                                                                                                                      | NON                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Depuis l'année dernière                                                                                  | OUI                      | NON                      | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aujourd'hui                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Questions à faire remplir par tes parents                                                                                                                                                                |                                                   |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)                                                             |                          |                          | (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)                                                                        |                                                   |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli. |                                                   |

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)