



ATTENTION : Les chantiers de la première semaine de juillet (du 07 au 11/07/2025) 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 2025

Vacances Pâques	Vacances d'été	Vacances de Toussaint
Du Mardi 22/04 au Vendredi 25/04	Du Lundi 07/07 au Vendredi 11/07	Du Lundi 20/10 au Vendredi 24/10
Du Lundi 28/04 au Vendredi 02/05	Du Mardi 15/07 au Vendredi 18/07	
	Du Lundi 21/07 au Vendredi 25/07	
	Du Lundi 28/07 au Vendredi 01/08	

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

Contact : Florent SEYRAL - Responsable Chantiers Jeunes
Tel : 05.53.01.47.48 Mail : sportsante @cc-dufumelois.fr

La présence des jeunes sur l'ensemble de la semaine choisie est indispensable.

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 2025 » 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, à l'espace jeunes de Fumel vallée du Lot, 26 Avenue Charles De Gaulle 47500 FUMEL.

FUMEL VALLÉE DU LOT

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.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 au dispositif des chantiers jeunes durant l'année 2025.

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

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.com



Accueil de Loisirs
ADOS

05.53.36.88.58
07.57.54.21.15

jrobert@cc-dufumelois.fr



Chantiers Jeunes

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

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.com



AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné, Mme / M.

Cocher les cases si autorisation

<input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à participer aux chantiers éducatifs et aux activités de loisirs proposés par Fumel vallée du Lot.
<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.

Date:

Signatures:

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES DEUX SERVICES

<input type="checkbox"/>	CARTE VITALE
<input type="checkbox"/>	ATTESTATION D'ASSURANCE
<input type="checkbox"/>	FICHE SANITAIRE (ci-joint)
<input type="checkbox"/>	PHOTO D'IDENTITE



DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES CHANTIERS JEUNES

<input type="checkbox"/>	LETTRE DE MOTIVATION
<input type="checkbox"/>	CONTRAT D'ENGAGEMENT (ci-joint)
<input type="checkbox"/>	REGLEMENT FRAIS D'INSCRIPTIONS - 8,00€

FUMEL VALLÉE DU LOT

34, Avenue de l'Usine - BP 10037 - 47502 FUMEL CEDEX - Tél. : 05 53 40 46 70 - Fax : 05 53 71 35 16

www.fumelvalleedulot.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

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

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



Zepazinc 01 66 66 3000