

INSCRIPTION 2024/2025

Accueils loisirs adolescents – Espaces jeunes Service Jeunesse Communauté de Communes des Aspres

Année de naissance : 2014 – 2013 – 2012 – 2011 – 2010 – 2009 – 2008 – 2007

** Entourer votre réponse.*

LE JEUNE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

No de Sécurité sociale :



Adresse :
.....

Ville de Résidence :

**Remarque : Merci de faire apparaître le nom et prénom du jeune inscrit
sur votre boîte aux lettres**

Contact tél : Mobile personnel du jeune :

Email personnel du jeune :@.....

L'inscription donne accès :

*** Espaces Jeunes de Thuir, Fourques (projets) et Saint Jean Lasseille
(Vacances)**

**(sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie « espaces
jeunes »)**

*** aux activités de loisirs organisées par le service jeunesse
(sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie
« activités »)**

Ce Dossier est valable pour la période de septembre 2024 à août 2025

INFORMATIONS

**Les Projets éducatif et pédagogique ainsi que le Règlement Intérieur sont consultable sur le site de
la communauté de communes des Aspres. <https://www.cc-aspres.fr/>**

INFORMATIONS FAMILLE

Responsable Légal 1 :

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../..... (Obligatoire)

Profession : **Employeur :**

Situation professionnelle : **Salarié** **Travail Indépendant** **Demandeur d'emploi**
Autre :

adresse (si différente) :
.....

Contact tél : **Mobile personnel :**

Email :@.....

Payeur **oui** **non**

Signature :

Responsable Légal 2 :

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../..... (obligatoire)

Profession : **Employeur :**

Situation professionnelle : **Salarié** **Travail Indépendant** **Demandeur d'emploi**
Autre :

adresse (si différente) :
.....

Contact tél : **Mobile personnel :**

Email :@.....

Payeur **oui** **non**

Signature :

Situation Familiale : **Mariés** **Concubins** **Divorcés** **Séparés** **Célibataire**

RÉGIME SOCIAL DES PARENTS (Obligatoire) :

 CAF **No Allocataire CAF :**

 MSA **No Allocataire MSA :**
(joindre un justificatif)

 AUTRE **No Allocataire :**
(précisez et joindre un justificatif)

INSCRIPTION ACCUEILS

Adhésion : 2 € à régler en espèce

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL ESPACE JEUNES

Je soussigné(e)

- Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes du service jeunesse de la communauté des communes des Aspres.
- Accepte et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur qui est consultable sur le site de la communauté de communes des Aspres dans la rubrique services famille jeunesse 11 – 17 ans. <https://www.cc-aspres.fr/>

Dégage l'encadrement de toutes responsabilités au niveau :

- Des vols qui pourraient avoir lieu dans les espaces jeunes de Thuir ou de Fourques.
- Des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures d'accueil pendant les heures d'ouvertures.
- Les animateurs du service jeunesse ont pour mission d'encadrer et d'animer les jeunes dans les différents espaces jeunes, cependant il s'agit d'un accueil pour lequel les jeunes fonctionnent en accès libre, en aucun cas ce service doit être utilisé comme mode de garde. Il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différents espaces jeunes dans la fréquentation et la participation du jeune.

Fait à, Le/...../.....

Signature du responsable légal du jeune
précédée de la mention lu et approuvé(e) :

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL – ACTIVITES

Nom, Prénom du Responsable légal :

Téléphone (domicile) : Mobile :

- Autorise le jeune inscrit à participer aux activités proposées durant l'année scolaire 2024-2025 par le Service Jeunesse de la Communauté des communes des Aspres (de Septembre 2024 à août 2025) dans le cadre de l'accueil de loisirs adolescents.
- Certifie avoir souscrit une assurance de responsabilité civile pour le jeune inscrit.
- Autorise l'encadrement à prendre les mesures de soins d'urgence nécessaires si besoin, et accepte de payer ou rembourser les frais avancés.
- Accepte de payer les activités tarifées. Voir grille tarifaire. <https://www.cc-aspres.fr/>
- Compléter la fiche sanitaire ci-dessous.
- Accepte et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur consultable sur le site de la communauté de communes des Aspres dans la rubrique services famille jeunesse 11 – 17 ans. <https://www.cc-aspres.fr/>
- Autorise la structure à publier dans des supports de communication écrits ou multimédia (article presse, montages vidéos, compte Facebook de la structure, etc..) des photos ou vidéos où figure mon enfant. * Oui Non
- Atteste que l'enfant inscrit sait nager. * Oui Non
- Autorise le jeune à rentrer seul de l'accueil de Thuir et des arrêts de bus desservis lors du transport effectué par le service jeunesse * Oui Non * Entourer votre réponse.

Fait à, le/...../.....

Signature du Responsable légal précédé de la mention lu et approuvé :

FICHE SANITAIRE

Allergies :

Asthme Oui Non Alimentaires Oui Non
Médicamenteuses Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles :

Port de Lunettes Oui Non Port de Prothèse(s) (précisez) : Oui Non
Port de Lentilles Oui Non

Autre Information : Votre enfant a-t-il un traitement en cours ?

Oui Non si oui lequel ?

ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP

Scolarisation

Classe :.....

* École Collège Lycée EREA Joan Miro Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) CFA CFAS
A Domicile Non concerné (+16 ans)

Nom de l'établissement ou de l'institution :.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) (entourer la situation correspondante)

Le P.P.S propose des dispositifs tels que : GEVA-sco – AVS/AESH – ULIS – Matériel Adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

* Non Oui Demande en cours Ne souhaite pas répondre

Suivi Complémentaire (CMP, CMPP, HDJ Hôpital de jour)

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

* Non Oui Ne souhaite pas répondre

Bénéficiaire de l'AAEH (entourer la situation correspondante)

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'adolescent.e dans la structure.

* Non Oui Demande en cours Ne souhaite pas répondre

Remarques complémentaires concernant l'adolescent.e (Renseigner les éléments si nécessaire)

.....
.....

* (Entourer la situation correspondante et renseigner les éléments)

Documents à fournir

- Copie des vaccinations à jour (carnet de santé) OU Attestation médicale de vaccinations à jour.
- Attestation d'assurance extrascolaire 2024-2025 du jeune inscrit.