

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019/2020

Communauté de Communes Pays de Rouffach Vignobles et Châteaux

SERVICE ANIMATION JEUNESSE

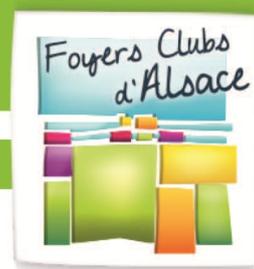


FÉDÉRATION DES FOYERS CLUBS D'ALSACE



TOUS ACTEURS DE NOTRE TERRITOIRE

VIE ASSOCIATIVE ANIMATION ENFANCE ANIMATION JEUNESSE FORMATIONS





SERVICE ANIMATION JEUNESSE

L'espace Jeunesse de la Fédération des Foyers Clubs d'Alsace avec le soutien de la communauté de communes du Pays de Rouffach Vignobles et Châteaux, propose tout au long de l'année une offre de loisirs (pendant les vacances scolaires et le temps extra scolaire), des permanences au collège Jean Moulin de Rouffach, un suivi des juniors associations du secteur et des rencontres jeunes pour élaborer divers projets.

Ces actions permettent :

- D'être en interaction avec leur environnement
- De se responsabiliser dans leurs pratiques de loisirs
- De se respecter, d'être respecté par les autres et de prévenir les comportements à risques,
- De les sensibiliser aux notions de solidarité, d'égalité des chances en favorisant l'intégration de tous et la mixité sociale.

Pour faciliter les démarches administratives, un **dossier d'inscription, valable pour toute l'année scolaire 2019/2020, est élaboré.** Vous trouvez :

- Fiche de renseignement + autorisation parentale
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation sortie de territoire

Avec ce dossier d'inscription, il faudra ajouter :

- La photocopie des vaccins de l'enfant à jour
- La photocopie de la pièce d'identité du responsable légal

MODALITES PRATIQUES

• Des activités peuvent être annulées ou reportées en cas de mauvaise météo ou si le nombre minimum de participants n'est pas atteint. L'animateur responsable de l'activité vous préviendra au maximum 24h avant l'activité. D'autres activités peuvent être proposées bien qu'elles ne figurent pas dans le programme, en fonction des projets créés par les jeunes.

• Pour toute annulation à une activité, nous demandons un justificatif médical pour permettre un remboursement. Sans cela, aucun remboursement ne sera possible.

• Possibilité de transport dans les communes si les parents travaillent ou ne peuvent se déplacer (envoyez un message ou mail à Kim, au minimum 24 heures avant).

• Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale. Nous vous demandons également de noter sur la boîte de médicament, le nom, prénom de l'enfant, la posologie et le poids si nécessaire. Les prescriptions homéopathiques répondent à la même règle. Merci de nous signaler toute allergie alimentaire ou médicamenteuse pour que nous puissions en tenir compte.

Contact : Xavier HESLOUIN, Thibault CALVISI et Kim BOEHLER
Service Jeunesse CC PAROVIC - 14 Place de la République - Rouffach

kim.boehler@mouvement-rural.org

03 89 78 55 96 - 06 22 04 14 82

MODALITE DE PAIEMENT

- Chèque (à l'ordre **FDFC Alsace**)
- Espèces
- CESU et ANCV (non accepté pour les adhésions)
- Bons ATL CAF

UNE ADHÉSION DE 11€ EST DEMANDÉE POUR TOUTE NOUVELLE INSCRIPTION.

Elle est **obligatoire** et valable du 1er septembre au 31 août de l'année suivante (année scolaire), elle permet notamment d'assurer votre enfant.

La Fédération des Foyers Clubs d'Alsace

4 Rue des Castors • 68200 Mulhouse Tél. 03 89 33 28 33 / Fax: 03 89 33 28 34 / www.foyers-clubs-alsace.org



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Service Animation Jeunesse - CC PAROVIC

JEUNE

Nom : Prénom :

Féminin Masculin Né(e) le : / /

Etablissement scolaire :

Régime alimentaire

Repas sans contre indication Repas sans viande

Repas végétalien Autre :

Remarque :

Recommandations particulières

Avez-vous des recommandations particulières à communiquer à l'équipe d'encadrement ?

.....

.....

.....

P.A.I. (Projet d'accueil individualisé)

Si votre enfant bénéficie d'un PAI, veuillez nous le transmettre.

PARENTS

Je soussigné(e) responsable légal Père Mère Autre :

PERE : Nom : Prénom :

MERE : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : e-mail :

Tél. portable PERE:..... Tél. portable MERE:.....

Tél. prof. PERE :..... Tél. prof. MERE :

Régime Général de Sécurité Sociale N° allocataire CAF:

Adresse Caisse de Sécurité Sociale

N° de S.S. :

Autres Régimes : MSA CMAF

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone) :

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Père Mère Autre (précisez).....

Nom et prénom :

Responsable légal de l'enfant :

- Autorise le responsable toutes les dispositions qu'il jugerait utile en cas d'accident.
- Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.
- Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre des activités proposées. *Ces films/photos pourront être utilisés pour des publication de la FDFC Alsace sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit au responsable de l'espace Jeunesse.*

Fait à le / /

Signature

JEUNESSE


PAYS RHIN-BRISACH
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélie				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués 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 ?

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

ALLERGIES : ASTHME non ALIMENTAIRES oui AUTRES non MEDICAMENTEUSES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

