

DOSSIER INSCRIPTION POLE ADOS CERONS 2024 - 2025

Le Conseil Municipal a créé en 2022 un pôle ados pour les jeunes de la Commune de CERONS de la sixième à 17 ans.

Cette structure est implantée dans le local de l'ancienne poste à côté de la salle communale.

Les animateurs sont Cindy, Emma et Grégory et pour les séjours un animateur rejoint l'équipe d'animation.

Le pôle ados est ouvert le mercredi après-midi de 14 heures à 19 heures et le vendredi de 17 h à 19 h 15 en période scolaire. C'est un lieu d'accueil, de rencontre, d'échange, d'information et d'écoute entre les adolescents et les animateurs. Les jeunes peuvent se retrouver entre eux en dehors du cadre familial et scolaire. Les animateurs sont à leur disposition pour les écouter sur leurs envies, idées et projets qu'ils aimeraient mettre en place avec le pôle ados. Les adolescents pourront également prendre part à l'organisation des activités de l'année. Différentes activités sont proposées aux adolescents le mercredi après-midi.

Le pôle ados organisent des activités pendant la première semaine des vacances de Toussaint (du 21 au 25 octobre 2024), de Pâques (du 22 au 25 avril 2025) et l'été (du 7 juillet 2025 au 1^{er} août 2025). Le lieu d'accueil est le local à la plaine des sports de 9 h à 17 h ou à la demi-journée en fonction du planning.

Deux séjours seront également organisés dans l'année : un séjour au ski de 5 jours la première semaine des vacances de février (du 24 au 28 février 2025) et un séjour de 6 jours au mois de juillet. Les dates vous seront communiquées dans les semaines à venir. Des sorties culturelles et sportives pourront également être organisées dans l'année.

Les tarifs des activités et des séjours sont calculés sur la base des quotients familiaux. Si vous ne fournissez pas l'attestation du quotient familial, le barème le plus élevé sera appliqué.

Pour être adhérent et participer aux activités et séjours et bénéficier des services proposés par le pôle ados, le jeune devra compléter le dossier d'inscription ci-joint accompagné obligatoirement de l'ensemble des pièces sollicités et le déposer à la Mairie par mail à l'adresse : direction@cerons.fr. Il sera valable du 1^{er} septembre de l'année en cours jusqu'au mois d'août 2025 et devra être renouvelé chaque année si l'enfant souhaite fréquenter le pôle ados.

L'adhésion annuelle au pôle ados sera de 10 €. Vous recevrez un avis des sommes à payer après le dépôt du dossier d'inscription.

A chaque période d'activités des vacances ou sortie ou séjour, une fiche d'inscription avec le programme et le choix des activités vous sera envoyée par mail et elle devra être renvoyée à la mairie afin que l'inscription puisse être prise en compte à l'adresse : direction@cerons.fr

POLE ADOS
FICHE D'INSCRIPTION 2024 - 2025

Dossier complet à transmettre par mail : direction@cerons.fr

L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE..... LIEU :

DOMICILE.....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TELEPHONE PORTABLE :.....

MAIL.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

.....

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM.....Prénom.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TELEPHONE.....PORTABLE.....

MAIL.....

RESPONSABLE 2

NOM.....Prénom.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TELEPHONE.....PORTABLE.....

MAIL.....

L'autorisation des deux parents ayant la responsabilité de l'adolescent est obligatoire.

FACTURATION

A quel nom les factures doivent-elles être établies ?

.....

DECLARATIONS DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

1) Autorisations parentales

Nous soussignés,.....

responsables légaux de l'enfant.....

- Autorisons notre enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par le pôle ados pour lequel une inscription aura été faite au préalable.
- Autorisons notre enfant à venir et à quitter la structure seul.

- Attestons sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant ci-dessus et l'autorisons à participer sous notre responsabilité aux activités du pôle ados.
- Autorisons notre enfant à être véhiculé dans des véhicules de location lors des sorties organisés par le pôle ados.
- Autorisons les responsables du pôle ados à consulter un médecin et à faire hospitaliser notre enfant en cas de nécessité.
- S'engageons à payer la part des frais pouvant incomber à la famille (frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale....).
- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire de liaison jointe.
- Attestons que tout objet personnel (vêtements, accessoires, téléphone portable, argent de poche) reste sous l'entière responsabilité de l'adolescent. La Commune de CERONS et les animateurs ne pourront pas être tenus pour responsable en cas de perte, de vol ou de casse

2) Autorisation de publication de l'image

Nous soussignés,.....
responsables légaux de l'enfant.....

Autorisons la Commune de CERONS et les animateurs responsables du pôle ados :

à la prise de photos de notre enfant pendant les activités du pôle ados,

à l'enregistrement de vidéos pendant les activités du pôle ados,

à la diffusion et la publication des photos et des vidéos sur le site internet de la Commune de CERONS, sur le bulletin d'informations municipales et tous documents ou projections effectués dans le cadre des soirées de restitution aux familles qui seront organisée à l'issue des séjours.

Les photos et les vidéos ne seront ni communiquées, ni vendues à d'autres personnes, ni utilisées à d'autres usages que ceux énoncés ci-dessus.

La présente autorisation d'exploitation de l'image est consentie à titre gratuit.

A.....LE.....

Signature obligatoire des deux parents

Signature du responsable 1,

Signature du responsable 2,

DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE D'INSCRIPTION

- La fiche d'inscription 2024/2025
- La fiche sanitaire et de liaison
- La photocopie des pages des vaccins du carnet de santé
- L'attestation d'assurance responsabilité civile 2024/2025
- L'attestation d'assurance individuelle accident 2024/2025 incluant l'assistance - rapatriement
- L'attestation du quotient familial de l'année
- Copie de l'attestation de la carte vitale



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
