

Règlement intérieur :

Article 1 : Cadre général

- Organisateur : Sicoval
- Les accueils sont déclarés à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale

Article 2 : Inscription - Adhésion et tarification

- Être collégien ou lycéen entre 11 et 17 ans
- Fournir le dossier complet, ainsi qu'une cotisation de 10€, les modalités d'encaissement vous seront communiquées par la structure réceptionnant le dossier.
- Une participation financière supplémentaire pourra être demandée aux familles pour l'inscription à certaines sorties ou activités. Une tarification spécifique sera appliquée suivant le Quotient Familial CAF
- Sauf en cas d'annulation préalable (dans les délais fixés par la structure), les prestations seront facturées

Article 3 : Responsabilités

- Les jeunes doivent signaler leur arrivée dans la salle et leur départ à l'équipe d'animation, un registre de présence sera tenu lors de chaque accueil
- Les adhérents sont sous la responsabilité de l'équipe d'animation, à l'intérieur de l'Espace jeunes et lors des activités extérieures proposées aux heures d'ouverture

Article 4 : Comportement

- L'Espace jeunes est un lieu de vie, ils peuvent apporter des jeux, de la nourriture, des effets personnels.
- Il est formellement interdit de fumer dans l'Espace jeunes (art R.3511-1 et L 3511-7).
- Il est formellement interdit d'introduire et de consommer de l'alcool lors de l'accueil proposé.
- Il est formellement interdit d'introduire et de consommer des produits illicites, des armes et des produits dangereux, lors de l'accueil
- Tout comportement violent à l'intérieur des Espaces jeunes sera sanctionné
- Il est nécessaire de respecter la salle, les abords ainsi que le matériel
- Les jeunes doivent se respecter entre eux
- Les jeunes doivent écouter et respecter les animateurs.

Article 5 : Traitements médicaux

- Tout enfant sous traitement médical durant l'accueil devra être signalé et ses médicaments ainsi que l'ordonnance (description des soins et posologie) confiés au responsable de l'accueil qui aura la charge de veiller à ce que l'enfant reçoive son traitement.

Note : Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

Note : Merci de nous signaler également les traitements en "automédication" (traitement de l'asthme...)

Article 6 : Exclusion

- Tout manque de respect envers le personnel, le non-respect du règlement intérieur, ainsi que tout comportement incorrect ou indiscipliné des jeunes sera signalé par le personnel d'animation au directeur qui en avertira les parents
- Le jeune pourra être exclu de l'accueil pour une durée qui pourra s'étendre à la totalité de l'année cotisée.

Signatures :

Le ____ / ____ / ____ à _____

Inscrit-e

Père ou tuteur légal

Mère ou tuteur légal

ESPACES JEUNES

BELBERAUD • ESCALQUENS • LABÈGE



[HTTP://JEUNESSE.SICOVAL.FR](http://jeunesse.sicoval.fr)

Sicoval
Le Sud-Est
Toulousain

DOSSIER D'INSCRIPTION

2017-2018

Conditions d'inscription et principe de fonctionnement

Nos structures jeunesse sont accessibles à tous les jeunes collégiens et lycéens de 11 à 17 ans. Ce dossier, une fois complété, donne accès aux accueils de loisirs jeunesse de Belberaud, Escalquens et Labège, ainsi qu'à l'accueil de loisirs associé au collège Jacques Prévert de Saint Orens. Lors du dépôt du dossier auprès de la structure de votre choix, une carte nominative vous sera remise, à présenter à l'entrée des accueils. Une cotisation de 10€ sur l'année vous sera demandée, les modalités d'encaissement vous seront communiquées par la structure réceptionnant le dossier.

Pièces à fournir

- 2 photos d'identité
- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé (les vaccins doivent être à jour)
- Attestation sur l'honneur de la garde du jeune en cas de séparation des parents
- Numéro d'allocataire CAF : _____
- Pour les familles non bénéficiaires CAF : justificatif de non perception et relevé d'imposition 2016 sur les revenus 2015
- Attestation d'Aisance Aquatique (nécessaire pour la pratique de certaines activités nautiques), document ci-joint
- Document d'autorisation "Droits à l'image"

L'inscrit-e :

Numéro Allocataire CAF
T _____ QF _____



Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____
 Garçon Fille Numéro d'adhérent : _____
 Tél portable : _____ Email : _____
 Adresse : _____

Famille :

Père Tuteur légal

Nom : _____

Prénom : _____

Tél fixe : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Adresse (si différente de l'inscrit-e):

Mère Tuteur légal

Nom : _____

Prénom : _____

Tél fixe : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Adresse (si différente de l'inscrit-e):

Personnes ressources :

Adultes autres que les parents autorisés à venir chercher l'enfant ou bien joignables en cas d'indisponibilité des parents

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Autorisations :

J'autorise mon enfant à :

Sortir seul des accueils jeunesse en journée OUI NON

Sortir seul des accueils jeunesse en soirée OUI NON

J'autorise les équipes des structures jeunesse à :

Transporter mon enfant, quel que soit le moyen mis en place dans le cadre des activités prévues OUI NON

Communication :

Chaque Espace jeunes du Sicoval met en place un système d'information sur les activités proposées par SMS.

Si vous souhaitez recevoir ces informations, merci de cocher les cases correspondantes :

Je souhaite recevoir des informations de l'Espace jeunes de :

Belberaud Escalquens Labège

Je souhaite que ces informations soient envoyées aux personnes suivantes :

inscrit-e père/tuteur légal mère/tuteur légal

Fiche sanitaire de Liaison

Nom _____

Prénom _____

Vaccinations - se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (précisez)	
OU Tétracoq					
BCG					

EN L'ABSENCE DES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Historique médical

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Otite		
Angine		
Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES

	OUI	NON
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres : précisez ci-dessous		

ASTHME

OUI NON

Précisez ci dessous les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires, régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande...) ou autre :

Responsable de l'inscrit-e

NOM _____ ADRESSE _____

PRENOM _____

TEL. FIXE _____ TEL. PRO _____ TEL. PORTABLE _____

Je soussigné-e responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'A.L.A.C. Jacques Prévert de Saint-Orens et des Espaces jeunes de Belberaud, Escalquens et Labège ainsi que les directeurs des séjours auxquels j'ai inscrit mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :