|  |  |
| --- | --- |
| **Ville de Marcoussis** | **Liberté Égalité Fraternité**  République Française – Département de l’Essonne  **FICHE D’INSCRIPTION**  **AU SERVICE JEUNESSE MUNICIPAL DE MARCOUSSIS** Service Jeunesse Marcoussis Parc François Mitterrand  91460 MARCOUSSIS  Tél : 01.64.49.98.77 - Portable : - email : jeunesse@marcoussis.fr  **Frais d’inscription annuel : au taux de participation (à calculer et régler uniquement sur espace citoyen)**  **Entre 16.90€ et 42.44€** |

**Documents à fournir :**

* **Une photocopie de l’attestation vitale**
* **Une photocopie de l’attestation d’assurance de responsabilité civile**
* **Un certificat d’aptitude à la pratique des activités nautiques (si activité le nécessitant)**

Nom et Prénom du jeune : …………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : …………………………………… Tél portable jeune : ..………………………………………..

Adresse du jeune : …………………………………………………………………………………………………………………

Nom et Prénom responsable légal 1 ………………………………………………………………………………………………………………

Nom et adresse de l’employeur : …………………………………………………………………………………………………………….....

Tél. domicile : ……………………………………. Tél. bureau : ……..……………………………………………

Tél. portable : …………………………………….

Email pour un contact avec le service jeunesse (news, messages importants…) : ……………………………………………………………

Nom et Prénom du responsable légal 2 : ………………………………………………………………………………………………………………..

Nom et adresse de l’employeur : ………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. domicile : ……………………………………. Tél. bureau : …………………………………………………..

Tél. portable  …………………………………….

Email pour un contact avec le service jeunesse (news, messages importants…) : ……………………………………………………………

N° d’allocataire CAF …………………………………………………………………………………………………………………

Centre de gestion CAF …………………………………………………………………………………………………………………

* Autorisons le Responsable du Service Jeunesse Municipal de Marcoussis à faire pratiquer à mon enfant les sports suivants : voile, poney, patinoire, vélo, planche à voile, etc.
* Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Jeunesse de Marcoussis.
* Autorisons le Responsable du Service Jeunesse Municipal de Marcoussis à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d’urgence, éventuellement sous anesthésie REP générale, suivant les prescriptions du ou des médecins.
* Autorisons le Responsable du Service Jeunesse ou un animateur à prendre notre enfant à la fin des soins donnés à l’hôpital.
* Nous nous engageons à payer les frais médicaux, d’hospitalisation et d’opérations éventuels, incombant à la famille.

Fait à …………………………………….. Le ……………………………….. Signature(s):

Hôtel de Ville – 5, rue Alfred Dubois 91460 MARCOUSSIS – Tél. : 01 64 49 64 00 – Fax : 01 69 01.18.53

|  |  |
| --- | --- |
| **Ville de Marcoussis** | **Liberté Égalité Fraternité**  République Française – Département de l’Essonne  **FICHE D’INSCRIPTION**  **AU SERVICE JEUNESSE MUNICIPAL DE MARCOUSSIS** |

**DECHARGE PARENTALE SERVICE JEUNESSE**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………..responsable légal de l’enfant

**Cochez parmi les 3 cases suivantes celle qui correspond à votre choix :**

* Autorise l’enfant à quitter le Service Jeunesse, à tout moment. Dans ce cas, je décharge les animateurs de toutes responsabilités dès la sortie de l’enceinte du Service Jeunesse.
* Je souhaite que l’enfant reste jusqu’ à la fermeture.
* Autorise l’enfant à quitter le Service Jeunesse à partir de …....H.

**Cochez les cases qui correspondent à votre choix :**

* Autorise l’enfant à participer à l’ensemble des sorties proposées par le Service Jeunesse et autorise les déplacements soit en minibus, en car, à pied ou en vélo, selon ce qui sera le plus adapté pour le transport de mon enfant.
* Autorise l’enfant à rentrer seul(e) après les activités en soirée.
* Accepte que l’enfant soit photographié(e) et filmé(e) le cadre des activités du Service Jeunesse, et que les photos soient affichées au Service Jeunesse ou qu’elles paraissent dans les bulletins de la commune, papiers ou numériques.

**Fait à…………………………… le ……………………… Signature**



**Liberté Egalité Fraternité**

République Française – Département de l’Essonne

**Ville de Marcoussis**

**REGLEMENT INTERIEUR DU**

**SERVICE JEUNESSE**

Le Service Jeunesse de la ville de Marcoussis est une structure habilitée par la SDJES accueillant les jeunes âgés de 11 à 18 ans.

**Article 1**

Les heures d’ouverture sont les suivantes :

**Hors vacances :**

**Ouvert à tous** : Les mardis, jeudis et vendredis de 16h à 19h.

Les mercredis de 13h30 à 19h.

Les samedis de 13h30 à 18h.

**Pendant les petites vacances :**

**Ouvert à tous** : du lundi au vendredi de 10h à 12h puis de 13h30 à 19h et le samedi de 13h à 18h.

**Pendant l’été :**

**Ouvert à tous** : du lundi au vendredi de 13h30 à 19h et le samedi de 13h à 18h au parc François Mitterrand.

Des modifications peuvent être effectuées lors de sorties à la journée, de veillée ou d’autres activités.

**Article 2**

**Inscriptions :**

Le planning d’animation est disponible deux semaines avant la période des vacances sur notre site internet, les réseaux sociaux et la structure.

L’inscription est valide lorsque la cotisation est réglée sur l’espace citoyen et que les pièces suivantes sont fournies :

* **une fiche de renseignement rempli par le tuteur légal**
* **une fiche sanitaire remplie par le tuteur légal**
* **une photocopie de l’attestation vitale**
* **une photocopie de l’attestation d’assurance de responsabilité civile**
* **une décharge parentale**
* **un brevet de natation 50m (si l’activité le nécessite)**

**Ces fiches seront conservées au Service Jeunesse**.

Sans ces documents, le jeune ne sera pas couvert par les assurances de la structure et ne pourra donc pas participer aux activités. L’accès aux locaux du service jeunesse pourra alors lui être refusé.

**Article 3**

**Règles de vie :**

Chaque jeune s’engage à respecter ces règles de vie en signant ce document ainsi que son tuteur légal.

Il s’engage ainsi à :

* Respecter les jeunes, les animateurs et toute autre personne s’y trouvant.
* Respecter les règles de politesse : Un ***bonjour*** et un ***Au revoir*** c’est toujours plus agréable.
* AUCUNE VIOLENCE PHYSIQUE OU VERBALE NE SERA TOLEREE.
* Respecter les lieux et le matériel mis à disposition
* **Informer les autres et demander le consentement lorsqu’il tourne et diffuse du contenu sur les réseaux sociaux.**
* Ne pas fumer dans les locaux et aux abords.
* Ne pas consommer ou avoir sur soi de l’alcool ou quelque substance illicite que ce soit à l’intérieur ou à proximité de la structure.
* Arrêter les moteurs des scooters ou tout type de 2 roues motorisées, avant de pénétrer dans l’enceinte du parc, et les pousser jusque devant le bâtiment.
* Surveiller et contrôler son langage ainsi que son comportement.
* Ne pas privatiser les jeux (billard, babyfoot, flipper, fléchettes, jeux vidéos, etc…) : ils sont à disposition de tous.
* Respecter les horaires de la structure.

**Article 4**

**Fonctionnement :**

Les sorties sont organisées prioritairement pour les jeunes qui fréquentent la structure régulièrement. Les jeunes seront susceptibles d’être inscrits en liste d’attente car certaines activités sont à places limitées.

Les jeunes décident de s’inscrire eux-mêmes aux sorties auprès de l’équipe du service jeunesse sur place. Nous ne prenons pas d’inscription de la part d’un tiers.

L’annulation de participation à une activité, se fait deux jours avant la sortie, passé ce délai, le jeune ne sera plus prioritaire lors de la prochaine sortie.

A chaque sortie ou veillée, le responsable légal recevra un mail ou un sms. Un retour est obligatoire pour valider l’inscription.

**Article 5**

**Sanctions :**

Le non-respect des règles précédemment énoncées pourra entraîner un renvoi temporaire ou définitif du service jeunesse. La décision sera prise, le cas échéant, par l’équipe d’animation et sa hiérarchie.

L’équipe d’animation se réserve le droit de refuser l’accès à la structure à toute personne dont le comportement sera considéré comme incorrect.

**Article 6**

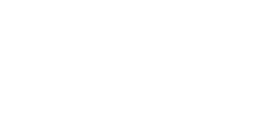
Des mesures exceptionnelles peuvent être prises en fonction des recommandations de la part du SDEJS ou du gouvernement.

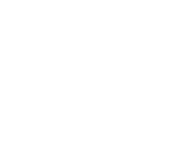
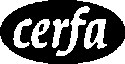
Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de la structure et m’engage à le respecter sous peine de sanction.

Tuteur Légal et Jeune

Date : « Lu et Approuvé »



**MINISTÈREDE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**



N° 10008\*02

Code de l’Action Sociale et des Familles

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **1 – ENFANT** |
| NOM : |
| PRÉNOM: |
| DATE DE NAISSANCE: |
| GARÇON  FILLE |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

1. **– 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 ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

1. **– RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANTL’ENFANT**

L’enfant a-t-il un P.A.I (**Projet d'accueil individualisé)** ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l’enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE  OUI NON  | VARICELLE  OUI NON  | ANGINE  OUI NON  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  OUI NON  | SCARLATINE  OUI NON  |
| COQUELUCHE  OUI NON  | OTITE  OUI NON  | ROUGEOLE  OUI NON  | OREILLONS  OUI NON  |  |

**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**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. - **RECOMMANDATIONS** UTILES DESPARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………............................................................

1. -**RESPONSABLE DEL'ENFANT**

NOM............................................................................................PRÉNOM..................................................................................

ADRESSE(PENDANTLESÉJOUR).....................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................... TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ............................................................. BUREAU : .............................................

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.*

**Date : Signature:**