**TARIF DES ACTIVITES**

L'adhésion sera accompagnée d'une participation pour chaque activité proposée à savoir :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVICES** | **TARIFS CHEVRIARD** | **TARIF EXTERIEUR** | **MODE DE PAIEMENT** |
| accueil temps scolaire et vacances | 20€ d’adhésion annuelle | 20€ d’adhésion annuelle | facturation |
| parc d’attraction | 15 € sur carte  | 20 € sur carte |  carte\* « activités » |
| Base de loisirs | 3 € sur carte | 4 € sur carte |  carte\* « activités » |
| Sortie culturelle | 5 € sur carte | 6 € sur carte |  carte\* « activités » |
| sortie sportive | 7€ sur carte | 9€ sur carte |  carte\* « activités » |
| Atelier avec les intervenants | 7€ si cout de l’intervenant 0 a 300€10€ si cout de l’intervenant 300 a 600€ | 9€ si cout de l’intervenant 0 a 300€12€ si cout de l’intervenant 300 a 600€ |  carte\* « activités » |
| repas à thème | 3€ sur carte | 4€ sur carte |  carte\* « activités » |
| Goûter | 1€ sur carte | 2€ sur carte |  carte\* « activités » |
| Nuitées | 8€ sur carte | 12€ sur carte |  carte\* « activités » |
| Spectacle de l’espace culturel | 2€ | Tarif normal  |  carte\* « activités » pour les Chevriards et paiement direct à la billetterie de la médiathèque pour les extérieurs |
| séjours | participation à hauteur de 30% des charges directes et indirectes | participation à hauteur de 50% des charges directes et indirectes | facturation |

**\*la carte « activités » est disponible en mairie**

**PRATIQUE DU SPORT (railler les mentions inutiles)**

□ Je certifie que mon enfant sait se déplacer dans l’eau sans présenter de signe de panique, sur un parcours de 20 m avec un passage sous une ligne d’eau, posée et non tendue et l’autorise donc à pratiquer des activités aquatiques.

Je certifie également que :

□ Mon enfant ne fait l’objet d’aucune contre-indication à la pratique sportive.

□ Mon enfant fait l’objet d’une ou plusieurs contre-indications à la pratique sportive

Préciser : ……………………………………………………………………………………………..

**DROIT A L’IMAGE**

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………… autorise le personnel d’animation des services de la ville, à prendre mon ou mes enfants en photo et à utiliser ces photos dans les différentes publications de la ville.

A Chevry-Cossigny, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature

# Chevry_LOGO-01Logo-RESPECTZONE (3)DOSSIER D’INSCRIPTION

# ESPACE JEUNES

# 2020-2021

Adhésion : **20€** pour les Chevriards et les extérieurs

**Nom : ………………………………………………………………..**

**Prénom du jeune**: **……………………………………….……….**

PHOTO

**Age : ………….**

**Email : ………………………………………………………………**

**Téléphone portable du jeune : ……………………………….**

Ce dossier comprend :

Pièces à joindre :

* attestation d’assurance responsabilité civile
* une photo
* autorisation de sortie
* photocopie des vaccins
* une fiche sanitaire de liaison
* le règlement intérieur
* une attestation de pratique du sport
* une autorisation de droit à l’image

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles et agir plus efficacement en cas de problèmes.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document.

**ENFANT**

NOM : ………………………………..……………….…. PRENOM : ………………………………..………...…

 Sexe : M / F Date de naissance : …………../……………. /……………

 **VACCINATIONS**

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des carnets de vaccinations de l’enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES/DERNIER RAPPEL** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche  |  |
| tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| **OU** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **OU** Tétracoq |  |  |  | BCG |  |

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :**

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| RUBEOLE |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| VARICELLE |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| ANGINES |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| RHUMATISMES |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| SCARLATINE |
| Non |  | oui |  |

 |
|  |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| COQUELUCHE |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| OTITES |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| ASTHME |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| ROUGEOLE |
| Non |  | oui |  |

 |

|  |
| --- |
| OREILLONS |
| Non |  | oui |  |

 |

**RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS ET PATHOLOGIE OU AUTRE NECESSITANT UN TRAITEMENT ET SURVEILLANCE :**

|  |  |
| --- | --- |
| Descriptifs  | Dates  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CONTRE INDICATION A DES MEDICAMENTS :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………… ALLERGIES CONNUES : OUI – NON. Si oui a quoi : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actuellement, l’enfant suit-il un traitement ?  | Non |  |  | Oui |  |

Si Oui : Lequel : ………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| J’autorise l’équipe d’animation à donner si besoin le traitement à mon enfant:  | Non |  |  | Oui |  |

***Si l’enfant doit suivre un traitement,***

***Joindre obligatoirement l’ordonnance aux médicaments (boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice)***.

**REGIME ALIMENTAIRE**

□ Sans porc □ PAI

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parent 1** | NOM | PRENOM  | **Personnes à joindre en priorité** |
| ADRESSE  | □ parent 1 |
| Portable  | Domicile  | Bureau  | □ parent 2 |
| **Parent 2** | NOM | PRENOM  | □ autres personnesNom : ……………………………………Portable : ……………………………… |
| ADRESSE  | □ autres personnesNom : ……………………………………Portable : ……………………………… |
| Portable  | Domicile  | Bureau  |

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de Sécurité Sociale : |  |
| Mutuelle (nom et numéro) : |  |
| Nom du médecin traitant et téléphone :  |  |

Je soussigné, responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**DATES : SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :**

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et du Règlement Général sur la Protection des Données du 14/04/2016, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la mairie de Chevry-Cossigny.*

*.*