

ANNEXE 2

Enfance et jeunesse



Vous souhaitez inscrire votre enfant :

- **Accueil de Loisirs 3-10 ans : mercredis et vacances scolaires**
- **Centre de Loisirs Jeunes 10-16 ans : vacances scolaires**
- **Points Jeunes 10-16 ans**
- **Séjours d'hiver et d'été**
- **Accueil périscolaire**

Merci de bien vouloir compléter les documents suivants et nous les faire parvenir à une des deux adresses indiquées ci-dessous accompagnés des pièces additionnelles obligatoires.

Pièces obligatoires à joindre lors de l'inscription :

- Photocopie de l'**avis d'imposition année (n-1) sur les revenus (n-2) ou de non imposition des deux conjoints, concubins, partenaires en intégralité.**
- Si divorce ou séparation, jugement du tribunal précisant l'autorité parentale, la garde de l'enfant et la pension alimentaire.**
- Photocopie de votre N° d'allocataire CAF, CCSS, SPME
- Attestation de paiement à jour lors de l'inscription : CAF, CCSS, SPME, MSA**
- Fiche sanitaire de liaison complétée et signée**
- Test anti-panique pour les activités nautiques de l'été**
- Autorisations légales parentales complétées et signées**
- Règlement de fonctionnement des activités enfance et jeunesse signé (à consulter sur le site www.sivom-villefranche.org)**

Inscription à remettre au :

SIVOM DE VILLEFRANCHE-SUR-MER
4, rue de l'Esquiaou
06230 VILLEFRANCHE-SUR-MER
Tel : 04.93.01.86.60
Courriel : jeunesse@sivom-villefranche.org

Ou

Mairie D'EZE VILLAGE
Avenue du Jardin Exotique
06360 EZE VILLAGE
Tel : 04.92.10.60.60
Courriel : asas@ville-eze.fr

CHARTRE INTERCOMMUNALE DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

Développer la socialisation et l'engagement citoyen des enfants et des jeunes.

Favoriser les actions et les projets de façon ludique en construisant la citoyenneté (bénévolat, démocratie, développement durable).
Instaurer des règles de vie et bâtir collectivement des projets.
Etre consom'acteur de ses activités et pas seulement consommateur.
Animer, accompagner : l'adulte pose un cadre de référence en respectant la demande de l'enfant.
Encourager l'investissement de l'enfant en le laissant à l'initiative de ses projets : c'est un premier pas vers l'engagement citoyen.
Apprendre à vivre ensemble et prévenir les conflits (respect, solidarité).

Faciliter l'accès de tous les publics aux équipements, structures d'accueil, de loisirs, pratiques sportives et culturelles

S'appuyer sur la vie associative et la compétence des acteurs.
Accompagner la formation des encadrants.
Créer des liens.
Pouvoir accueillir tous les publics.
Favoriser l'accessibilité.

Accompagner la fonction éducative des parents

Accueillir les parents et leur faire découvrir la structure.
Associer en tant que partenaires aux projets.
Respecter les règles de la structure.
Créer du lien en instaurant un climat de confiance.
Contribuer à la continuité de leur fonction éducative.
Permettre les échanges dans l'intérêt de l'enfant.

Favoriser l'équilibre et la santé des jeunes

Respecter le rythme de l'enfant.
Prévenir les conduites à risque.
Permettre au jeune d'acquérir des repères, de « faire référence à », d'apprendre à respecter des règles.
Proposer des activités physiques et culturelles pour favoriser l'épanouissement de l'enfant.
Aider à la construction de l'autonomie, l'estime de soi, la confiance en soi, savoir dire non.
Mettre en place un cadre sécurisant qui permette au jeune d'oser.
Ne pas mettre en danger le jeune socialement, physiquement et mentalement : être dans l'écoute et respecter que l'autre soit différent, valoriser l'autre.
Laisser la place au jeu.
Laisser à l'enfant son jardin secret et l'accepter





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				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 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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2 AUTORISATIONS LEGALES PARENTALES

Composition du foyer où vit l'enfant: monoparentale en couple
 Situation familiale : divorcé (e) séparé(e) mariés
 Veuf (ve) vie maritale pacsés

Adulte 1 : Nom et prénom

Adulte 2 : Nom et prénom.....

- AUTORISONS** le Directeur de la structure d'accueil à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les Interventions d'urgence éventuelles, sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- AUTORISONS** notre enfant à se baigner en mer ou en piscine dans le cadre des activités proposées.
- NOUS ENGAGEONS** à communiquer au Sivom de Villefranche-sur-Mer tout changement pouvant intervenir dans la situation de la famille ou de l'enfant
- ATTESTONS** avoir pris connaissance et accepter les modalités du règlement de fonctionnement des activités enfance et jeunesse du SIVOM de Villefranche-sur-Mer sur le site : www.sivom-villefranche.org **Sous-menu :** [Activités jeunesse](#) **Onglet :** [Présentation](#)

Lu et approuvé :

Date: ____ / ____ / ____.

Signature:

Personnes à contacter en cas d'urgence pour l'adhérent mineur

NOMS-PRENOMS	QUALITE : Père, mère, grands parents, autres	TELEPHONES / COURRIEL
	@.....
	@.....
	@.....

Personnes autorisées à récupérer l'adhérent mineur Sur présentation d'une pièce d'identité

NOMS-PRENOMS	QUALITE : Père, mère, grands parents, autres	TELEPHONES / COURRIEL
	@.....
	@.....
	@.....

Autorisation de sortie

L'adhérent mineur est-il autorisé à quitter seul le lieu d'activité : oui non

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature :