

# INSCRIPTION 2023/2024

Accueils loisirs adolescents – Espaces jeunes  
SERVICE JEUNESSE COMMUNAUTE DE COMMUNES DES ASPRES

Année de naissance :  2013  2012  2011  2010  2009  2008  2007

## LE JEUNE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

No de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_



Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville de Résidence : \_\_\_\_\_

**Remarque :** *Merci de faire apparaître le nom et prénom du jeune inscrit sur votre boîte aux lettres*

Contact tél : \_\_\_\_\_ Mobile personnel du jeune : \_\_\_\_\_

Email personnel du jeune : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### L'inscription donne accès :

**\* aux Espaces Jeunes de Thuir & Fourques**

*( sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie « espaces jeunes » )*

**\* aux activités de loisirs organisées par le service jeunesse**

*( sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie « activités » )*

**Ce Dossier est valable pour la période de septembre 2023 à août 2024**

**Inscription en ligne possible sur son espace citoyen C C Aspres**

« <https://www.espace-citoyens.net/cc-aspres/espace-citoyens/Home/AccueilPublic> »

Prévoir 2€ d'adhésion annuelle

# INFORMATIONS FAMILLE

## Responsable Légal 1 :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :    Salarié     Travail Indépendant     Demandeur d'emploi   
Autre : \_\_\_\_\_

adresse (si différente) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contact tél : \_\_\_\_\_ Mobile personnel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Payeur    oui     non

Signature : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Responsable Légal 2 :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :    Salarié     Travail Indépendant     Demandeur d'emploi   
Autre : \_\_\_\_\_

adresse (si différente) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contact tél : \_\_\_\_\_ Mobile personnel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Payeur    oui     non

Signature : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Situation Familiale :**    Mariés     Concubins     Divorcés     Séparés     Célibataire

## REGIME SOCIAL DES PARENTS **(Obligatoire)** :

   CAF    No Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

   MSA    No Allocataire MSA : \_\_\_\_\_  
(joindre un justificatif)

AUTRE

No Allocataire :

(précisez et joindre un justificatif)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INSCRIPTION ACCUEILS ESPACES JEUNES



- **Prendre connaissance et signer avec un parent le règlement intérieur des espaces jeunes**
- **Compléter et signer l'autorisation parentale espace jeunes ci-dessous**

### AUTORISATION PARENTALE – ESPACE JEUNES

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,

- Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes du service jeunesse de la communauté des communes des Aspres.
- Accepte et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur dans les différentes structures.

**Dégage l'encadrement de toutes responsabilités au niveau :**

- Des vols qui pourraient avoir lieu dans les espaces jeunes de Thuir ou de Fourques.
- Des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures d'accueil pendant les heures d'ouvertures.
- Les animateurs du service jeunesse ont pour mission d'encadrer et d'animer les jeunes dans les différents espaces jeunes, cependant il s'agit d'un accueil pour lequel les jeunes fonctionnent en accès libre, en aucun cas ce service doit être utilisé comme mode de garde. Il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différents espaces jeunes dans la fréquentation et la participation du jeune.

Fait à \_\_\_\_\_ ,

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal du jeune  
précédée de la mention lu et approuvé(e) :

## INSCRIPTION ACTIVITES



- Compléter et signer l'autorisation parentale et les renseignements médicaux ci-dessous
- Copie des vaccinations (carnet de santé) **OU** Attestation médicale de vaccinations à jour.
- Attestation d'assurance responsabilité civile 2023-2024 pour le jeune inscrit.
- Régler 2€ d'adhésion annuelle en espèce

**Note :** Les Projets Educatif, Pédagogique ainsi que le Règlement Intérieur sont consultables sur le Blog du service jeunesse : <http://servicejeunesseccaspres.unblog.fr>

# AUTORISATIONS DU RESPONSABLE LEGAL – ACTIVITES (suite)

Nom, Prénom du Responsable légal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

- Autorise le jeune inscrit à participer aux activités proposées durant l'année scolaire 2023-2024 par le Service Jeunesse de la Communauté des communes des Aspres (de Septembre 2023 à août 2024) dans le cadre de l'accueil de loisirs adolescents.
- Certifie avoir souscrit une assurance de responsabilité civile pour le jeune inscrit.
- Autorise l'encadrement à prendre les mesures de soins d'urgence nécessaires si besoin, et accepte de payer ou rembourser la structure selon les frais entraînés par les soins.
- Accepte de payer pour les activités nécessitant une participation de la famille.
- Autorise la structure à publier dans des supports de communication écrits ou multimédia (article presse, montages vidéos, compte facebook de la structure, etc..) des photos ou vidéos où figure mon enfant. Oui  Non
- Atteste que l'enfant inscrit sait nager. Oui  Non
- Autorise le jeune à rentrer seul de l'accueil de Thuir et des arrêts de bus desservis lors du transport effectué par le service jeunesse. Oui  Non

Fait à \_\_\_\_\_,

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du Responsable légal précédé de la mention lu et approuvé :

## Allergies :

Asthme Oui  Non  Alimentaires Oui  Non   
Médicamenteuses Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

\_\_\_\_\_

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

## Recommandations utiles :

Port de Lunettes Oui  Non  Port de Prothèse(s) (précisez) : Oui  Non   
Port de Lentilles Oui  Non

Autre Information : Votre enfant a-t-il un traitement en cours ?

Oui  Non  si oui lequel ? \_\_\_\_\_

## ACCUEIL ENFANT PORTEUR DE HANDICAP

**Scolarisation :** Ecole  Institution  (IME, IEM, IES, ITEP...)  A Domicile

**Dispositif :** Aucun  AVS  ULIS  SAPAD  AUTRES

Nom de l'école ou de l'institution : .....

**Type de Suivi :** Aucun  PMI  CAMSP  CMP  CMPP  HOPITAL DE JOURS  SESSAD

Autres   Ne Souhaite pas répondre

**Bénéficiaire de l'AEEH :** Oui  Non   Ne Souhaite pas répondre