



Syndicat  
Intercommunal  
Développement des  
Activités  
Jeunesse



santé  
famille  
retraite  
services



# LES ACHARD'NÉS

les espaces jeunes du SIDAJ

Objet : Note importante fiche d'adhésion

Madame, Monsieur,

Un dossier d'adhésion doit être rempli avant le 1<sup>er</sup> jour de fréquentation de votre enfant à l'espace jeunes.

Il est important de compléter tous les renseignements demandés et de fournir tous les documents nécessaires à jour :

- Photocopie des vaccins de l'enfant avec le DTPolio à jour obligatoire
- Attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile mentionnant le nom de votre enfant et valable le 1<sup>er</sup> jour de fréquentation de votre enfant à l'espace jeunes.
- Attestation CAF pour votre quotient familial
- Cotisation Annuelle de 10 €/ jeune pour les habitants des trois communes et de 15€ pour les extérieurs.
- Règlement intérieur et règles de vies signées par les parents et jeunes.

Une attention particulière vous sera demandée sur les renseignements santé du jeune. Il est nécessaire pour l'équipe d'animation de connaître les difficultés que peut rencontrer votre enfant (allergies, phobies, mal de transport, hyperactivité, maladies...) afin de savoir la conduite à tenir en cas d'incident. L'équipe d'animation est tenu au secret professionnel et ne divulguera en aucun cas les informations personnelles. Ces renseignements seront aussi indispensables à l'équipe de secours et médicale en cas d'accident.

Dans un souci organisationnel, tous les dossiers incomplets seront refusés.

Merci de votre compréhension.

Cordialement

Contact : LENESTOUR Cindy - Responsable Jeunesse SIDAJ  
2 Bis Rue Victor Hugo 85150 LA MOTHE ACHARD  
Tél : 02 28 97 58 96 / 06 42 80 94 60  
E-mail : jeunesse@sidaj.fr



S yndicat  
I ntercommunal  
D éveloppement des  
A ctivités  
J eunesse

# FICHE D'ADHESION 2015 / 2016

**LES ACHARD'NÉS**  
espaces jeunes du SIDA J

## RENSEIGNEMENTS FAMILLE

### Identité:

Nom- prénom du père:..... Nom- prénom de la mère:.....  
 Profession:..... Profession:.....  
 Adresse:..... Adresse:.....  
 CP..... CP.....  
 Commune..... Commune.....  
 Téléphones: Domicile.....  
 Domicile..... Portable.....  
 Portable..... Professionnel.....  
 Professionnel..... @.....

Souhaitez vous recevoir les programmes ainsi que le différents infos des Achard'Nés: **Par mail ou voie postale\***

### INFORMATIONS

- Régime général : N° d'allocataire CAF..... Quotient familial.....
- Régime agricole: N° sécurité sociale..... Quotient familial.....
- N° sécurité sociale (obligatoire pour toutes démarches médicales sous notre responsabilité)  
.....
- Assurance extrascolaire ou responsabilité civile:  
Compagnie: .....N° de contrat: .....

## RENSEIGNEMENTS DES JEUNES

Nom – Prénom	Date de naissance	Numéro de portable personnel

**Point de montée dans le car ou mini - bus: (entourer la commune choisie)**

La Chapelle Achard

La Mothe Achard

Saint Georges de pointindoux

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif CAF ou MSA
- Photocopie des vaccins obligatoire DT polio à jour obligatoire)
- Photocopie de l'assurance extrascolaire ou responsabilité civile obligatoire
- Cotisation annuelle d'un montant de 10€ par jeune (15€ pour les jeunes n'habitant pas dans les communes du SIDA J obligatoire

## RENSEIGNEMENTS JEUNE / SANTE

Nom-prénom du 1er enfant.....Date de naissance...../...../.....

Nom du médecin traitant .....Tél.....

Le jeune est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui Date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

Le jeune est-il allergique (médicaments, alimentation, animaux, acariens ...)? Non Oui , précisez l'allergie, la cause et la conduite à tenir. ....

Le jeune suit t-il un traitement médical? Non Oui Si oui, lequel? .....  
(Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Le jeune a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité? Non Oui  
Préciser.....

Si votre enfant a des difficultés particulières (phobies, mal de transport, hyperactivité, troubles du comportement...) ou si vous avez des recommandations utiles à faire parvenir aux animateurs veuillez les préciser ci-dessous.

L'enfant sait-il nager? Non Oui , Niveau: Pas du tout (besoin de brassards), Intermédiaire, Confirmé

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e).....père,  
mère ou tuteur de.....  
autorise mon (mes) enfants à:

Partir avec (précisez frère, sœur, oncle, tante, nourrice, ami...) :

Mr(s) et Mme(s):.....

Tél(s).....

A contacter en cas d'urgence, dans l'impossibilité de joindre les parents :

Mr et Mme:..... tel:.....

Mr et Mme:..... tel:.....

Mr et Mme:..... tel:.....

Rentrer seul, à vélo ou a pied des espaces jeunes

Participer à toutes les activités proposées par le SIDAJ

Prendre les transports collectifs que le SIDAJ lui proposera pour partir en excursion, car , minibus, voiture particulière.

**Et autorise le SIDAJ à :**

La prise de photos / vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités.

Administrer un traitement médical à mon enfant sur présentation d'une ordonnance

Consulter mon quotient familial sur CAFPRO

Je soussigné ( e) .....déclare exact les renseignements notifiés  
ci-dessus et déclare **avoir pris connaissance et adhérer au présent règlement des Achard'Nés du SIDAJ.**

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal ( précédée de la mention « lu et approuvé ») :

## RENSEIGNEMENTS JEUNE / SANTE

Nom-prénom du 2 ème enfant.....Date de naissance...../...../.....

Nom du médecin traitant ..... Tél.....

Le jeune est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui Date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

Le jeune est-il allergique (médicaments, alimentation, animaux, acariens ...)? Non Oui , précisez l'allergie, la cause et la conduite à tenir. ....

Le jeune suit t-il un traitement médical? Non Oui Si oui, lequel? .....  
(Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Le jeune a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité? Non Oui  
Préciser.....

Si votre enfant a des difficultés particulières (phobies, mal de transport, hyperactivité, troubles du comportement...) ou si vous avez des recommandations utiles à faire parvenir aux animateurs veuillez les préciser ci-dessous.

L'enfant sait-il nager? Non Oui , Niveau: Pas du tout (besoin de brassards), Intermédiaire, Confirmé

## RENSEIGNEMENTS JEUNE / SANTE

Nom-prénom du 3ème enfant.....Date de naissance...../...../.....

Nom du médecin traitant ..... Tél.....

Le jeune est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui Date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

Le jeune est-il allergique (médicaments, alimentation, animaux, acariens ...)? Non Oui , précisez l'allergie, la cause et la conduite à tenir. ....

Le jeune suit t-il un traitement médical? Non Oui Si oui, lequel? .....  
(Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Le jeune a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité? Non Oui  
Préciser.....

Si votre enfant a des difficultés particulières (phobies, mal de transport, hyperactivité, troubles du comportement...) ou si vous avez des recommandations utiles à faire parvenir aux animateurs veuillez les préciser ci-dessous.

L'enfant sait-il nager? Non Oui , Niveau: Pas du tout (besoin de brassards), Intermédiaire, Confirmé

Je soussigné ( e) .....déclare exact les renseignements notifiés ci-dessus et déclare **avoir pris connaissance et adhérer au présent règlement des Achard'Nés du SIDAJ.**

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal ( précédée de la mention « lu et approuvé ») :

## RENSEIGNEMENTS JEUNE / SANTE

Nom-prénom du 4 ème enfant.....Date de naissance...../...../.....

Nom du médecin traitant .....Tél.....

Le jeune est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui Date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

Le jeune est-il allergique (médicaments, alimentation, animaux, acariens ...)? Non Oui , précisez l'allergie, la cause et la conduite à tenir. ....

Le jeune suit t-il un traitement médical? Non Oui Si oui, lequel? .....  
(Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Le jeune a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité? Non Oui  
Préciser.....

Si votre enfant a des difficultés particulières (phobies, mal de transport, hyperactivité, troubles du comportement...) ou si vous avez des recommandations utiles à faire parvenir aux animateurs veuillez les préciser ci-dessous.

L'enfant sait-il nager? Non Oui , Niveau: Pas du tout (besoin de brassards), Intermédiaire, Confirmé

## RENSEIGNEMENTS JEUNE / SANTE

Nom-prénom du 5 ème enfant.....Date de naissance...../...../.....

Nom du médecin traitant .....Tél.....

Le jeune est-il à jour dans ces vaccinations? Non Oui Date du dernier DT POLIO.....et du prochain.....

Le jeune est-il allergique (médicaments, alimentation, animaux, acariens ...)? Non Oui , précisez l'allergie, la cause et la conduite à tenir. ....

Le jeune suit t-il un traitement médical? Non Oui Si oui, lequel? .....  
(Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Le jeune a-t-il des antécédents ou des pathologies pouvant avoir des répercussions sur sa vie en collectivité? Non Oui  
Préciser.....

Si votre enfant a des difficultés particulières (phobies, mal de transport, hyperactivité, troubles du comportement...) ou si vous avez des recommandations utiles à faire parvenir aux animateurs veuillez les préciser ci-dessous.

L'enfant sait-il nager? Non Oui , Niveau: Pas du tout (besoin de brassards), Intermédiaire, Confirmé

Je soussigné ( e) .....déclare exact les renseignements notifiés ci-dessus et déclare **avoir pris connaissance et adhérer au présent règlement des Achard'Nés du SIDAJ.**

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal ( précédée de la mention « lu et approuvé ») :

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Pendant les vacances scolaires, un programme est réalisé par les animateurs. Une activité est proposée par jour : manuelle, artistique, culturelle, sportive, sorties... Le programme est envoyé aux familles avec une fiche d'inscription à compléter.

### ➤ Repas

Pendant les vacances, les repas sont à prévoir par les familles. Les trois espaces jeunes sont équipés d'un frigo et d'un micro-ondes. Les possibilités de repas (pique-nique, plats chauds) sont indiqués sur les programmes.

### ➤ Inscription

Une date limite est fixée pour les inscriptions aux activités. Il est impératif d'en tenir compte pour une meilleure organisation.

### ➤ Annulation

En cas d'annulation tardive, moins de 72 h avant l'activité, elle sera facturée.

### ➤ Santé

Pour les jeunes malades, les journées d'absence seront facturées sauf si un certificat médical est présenté.

### ➤ Paiement

Le règlement de la prestation devra se faire par chèque à l'ordre du Trésor Public, par espèces, par chèques-vacances, ou par chèque CESU.

Règlement à déposer au SIDAJ (accueil de loisirs)

2 Bis Rue Victor Hugo 85150 La Mothe Achard

### ➤ Sécurité/ Responsabilité

Les jeunes sont autorisés à partir seul (à pied ou à vélo) ou avec une personne autre que les responsables légaux à la fin de l'activité seulement sur autorisation parentale fournie avec le dossier d'adhésion.

### ➤ Transport

Lorsque l'activité n'est pas dans votre commune, un ramassage est assuré en mini-bus ou en car. Les horaires sont indiqués sur les programmes.

### ➤ Lieux De RDV

Pour les activités se déroulant à l'extérieur, les lieux de rdv seront devant les espaces jeunes.

La Chapelle-Achard  
Place de l'église

Saint Georges de Pointindoux  
A côté de la salle polyvalente

La Mothe Achard  
Derrière l'église

Nom/Prénom et signature du Jeune

Nom/Prénom et signature des parents

## LES RÈGLES DE VIE

- Chaque jeune doit être adhérent au SIDAJ
- Toute personne fréquentant l'accueil jeunes, doit être respectée et respecter autrui.
- Chaque jeune doit respecter le mobilier, les jeux ainsi que les locaux. Les parents sont financièrement responsables de toute détérioration occasionnée par leur enfant.
- Tout matériel utilisé doit être remis à sa place.
- Chaque jeune doit se conformer aux consignes de l'animateur ou de l'intervenant lors de chaque activité.
- L'utilisation des téléphones portables est tolérée exceptée pendant les activités.
- Les locaux doivent rester propres après chaque passage. Les jeunes peuvent être amenés à participer à des tâches collectives.
- En aucun cas le SIDAJ ne peut être tenu responsable de la perte, vol ou détérioration d'objets personnels (portables, consoles, bijoux...)
- Une tenue correcte est exigée dans l'enceinte des espaces jeunes. Lors des activités, elle doit être aussi adaptée à la sortie.
- Il est strictement interdit de fumer, de vapoter, de consommer et/ou d'introduire de l'alcool dans l'enceinte des locaux, en activités extérieures et sorties.
- Il est strictement interdit de consommer et/ ou d'introduire tous produits illicites.
- Il est strictement interdit d'introduire tout matériel dangereux.
- En cas de non-respect de ce règlement, des mesures seront prises par les animateurs jeunesse et par la direction du SIDAJ.

Nom/Prénom et signature du Jeune

Nom/Prénom et signature des parents