



**MAISON DES JEUNES
DE PROUVY**



Labellisée LALP (lieu d'accueil de loisirs et de proximité)

DOSSIER D'INSCRIPTION

JUILLET 2018 / JUIN 2019

Nom :	Prénom :
-------	----------

N ° de téléphone du jeune :

N° de téléphone d'urgence 1

N° de téléphone d'urgence 2

Nom :

Nom :

N° :

N° :

Documents à fournir au moment de l'inscription

- Photocopies des pages relatives aux vaccins et maladies
- Photocopie de l'attestation des droits à la sécurité sociale actualisée sur laquelle figure l'enfant.
- Photocopie du brevet de natation
- Photocopie de la carte nationale d'identité du signataire de l'autorisation de sortie de territoire
- Photocopie carte nationale d'identité du jeune
- Certificat médical « aptitude à la pratique sportive »
- Cotisation de 10 euros (en espèces ou par chèque) ou 20 euros pour les Rouvignisiens.

Lecture et acceptation du règlement intérieur

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur joint à ce dossier d'inscription.
J'accepte de m'y conformer.

Fait à le :

Signature du jeune :

Signature des parents :



MAISON DES JEUNES DE PROUVY



Labellisée LALP (lieu d'accueil de loisirs et de proximité)

Règlement intérieur

Document conservé par la famille

Fonctionnement de la structure

- Préambule :

La maison des jeunes de Prouvy est un lieu qui doit tout d'abord favoriser la socialisation et l'autonomie des jeunes de **11 à 17 ans**. Il doit également inciter les jeunes à être acteur dans l'animation du local et dans la création de projet.

- Le label « LALP » : l'espace est uniquement dédié aux jeunes de 11 à 17 ans.

La maison des jeunes dispose d'une labellisation « LALP ». Les adhérents ont donc la possibilité d'aller et venir comme bon leur semble.

- La cotisation :

L'adhésion est valable du 01/07/N au 30/06/N+1. Le dossier est disponible en mairie (12 rue de la mairie) et au LALP (10 rue Roger Salengro). La cotisation annuelle s'élève à 10 euros pour les Prouvysiens et 20 euros pour les Rouvignisiens. Elle donne droit à l'accès libre, à l'accompagnement de projets et aux ateliers gratuits. Les adhérents pourront également participer aux activités payantes. Ils participeront à hauteur de 25% pour les Prouvysiens et 100% pour les Rouvignisiens du prix de l'activité.

- Les horaires d'ouverture de la structure :

Période scolaire	Mardi et Vendredi : 17h à 19h Mercredi et Samedi : 14h à 18h
Période de vacances	Lundi au Vendredi : 14h à 18h

Il est possible que les horaires varient en fonction des activités.

- Les périodes de fermeture

Hiver (vacances)	Juin	Aout	Autres
1 semaine à Nouvel An 1 semaine en Février	La dernière semaine	Les deux dernières semaines	Jours fériés

Il est possible que la maison des jeunes ferme à d'autres moments. Les jeunes seront avertis à l'avance.

Dans la continuité des valeurs transmises par l'école et les parents, le LALP s'appuie de celles-ci pour son règlement intérieur. Si, il y a un mot à retenir c'est : **LE RESPECT**.

Respect des personnes

- Avoir un comportement respectueux envers les adultes et les usagers du LALP à l'intérieur et à l'extérieur.
- Refuser tout type de violences (verbales ou physiques)
- Eviter les jeux dangereux pouvant blesser quiconque
- Respecter le droit à l'image et donc s'assurer de l'accord de la personne que vous souhaitez prendre en photo.
- Respecter chaque individualité
- Respecter le rythme de vie de chacun

Respect des biens communs

- Respecter le matériel de la structure et le ranger après utilisation.
- Garder les locaux et les sanitaires propres.
- Respecter les véhicules mis à disposition.
- Refuser toute forme de dégradation ou de vol.

Respect des activités

- Respecter les animations proposées par l'équipe.
- Respecter les règles de celle-ci : L'équipe peut être amenée à fermer l'espace libre pour favoriser le bon fonctionnement d'une activité.

Exemple : l'équipe sollicite un prestataire pour venir sur place proposer une activité « Graff » de 15h à 17h. Elle décide donc de fermer l'espace libre pendant ce créneau horaire.

Il y a des comportements qui seront sanctionnés par l'exclusion temporaire de l'accueil voire définitive en fonction de la gravité. La sanction sera proportionnée à la faute. Les points suivants sont non-négociables :

- | | |
|---|---|
| - <i>Racisme et humiliation</i> | - <i>Manque de respect envers les usagers et les encadrants</i> |
| - <i>Violences</i> | - <i>Consommation de drogues ou d'alcools</i> |
| - <i>Vols</i> | - <i>Port d'armes (couteau, ...)</i> |
| - <i>Quitter le groupe sans avertir</i> | |

Aucun remboursement envisageable en cas de manquement ou de non-respect du règlement intérieur.

En revanche, l'équipe d'animation a conscience de la nécessité d'autonomie et de responsabiliser les jeunes. Pour cela, dans le dossier d'inscription, une rubrique « quartiers libres » sera à cocher et à signer par les parents). Cependant, l'équipe est décisionnaire de la mise en place de ce moment. Elle se basera sur le mérite et sur la confiance.

Les activités au sein de la ville : les encadrants donnent rendez-vous au lieu d'activité. Le jeune est donc responsable de son déplacement entre le lieu d'accueil et le lieu d'activité. Exemple : une activité multisports est organisée à 15h30 à la salle des sports. Le jeune peut venir directement à la salle des sports ou venir avant au LALP. Cependant, le jeune participant sera considéré comme sorti à 15h15. Il sera donc considéré comme entré à 15h30 à la salle des sports. Il y a 15 minutes de battement, où, il est responsable de son déplacement.

Concernant la cigarette, elle est strictement interdite dans l'enceinte de la structure d'accueil.

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

1/ Le jeune

Nom :	Prénom :
-------	----------

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement scolaire fréquenté :

Niveau :

2/ La famille

Situation de famille :

Mariés Pacsés Séparés Divorcés Parents naturels Famille d'accueil

Y-a-t-il une décision de justice concernant le jeune ? oui non

	Mère	Père	Représentant légal
Nom			
Prénom			
Adresse
Tel domicile			
Tel portable			
Courriel

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler tout changement.

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné, responsable légal de l'enfant

1/ Autorisation dans le cadre du fonctionnement de l'accueil

J'autorise mon enfant à gérer en toute autonomie ses arrivées et départs de la structure en fonction de sa participation aux activités choisies.

2/ Autorisation dans le cadre des activités

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (sportives comprises) et sorties organisées par l'accueil.

J'autorise mon enfant à utiliser le transport collectif.

3/ Autorisation de quartiers libres

Mon enfant a 15 ans et + :

Je l'autorise à être autonome pendant l'activité ou la sortie Oui – Non

Mon enfant a moins de 15 ans :

Je l'autorise à bénéficier de quartiers libres organisés par les animateurs (3 heures maximum) Oui - Non

Les enfants disposeront d'un numéro de téléphone et seront en contact permanent avec les animateurs. Les animateurs s'assureront du bon fonctionnement du quartier libre (envoi de sms régulier).

4/ Autorisation du droit à l'image

Je, soussigné M. ou Mmetuteur légal autorise **la maison des jeunes (ville de Prouvy)** à photographier mon enfant :

NOM :..... Prénom :

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à photographier ou prendre en vidéo et les publier sur la page facebook de la structure et sur les supports de communication de la ville de Prouvy

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photos ou vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et/ou d'utiliser les séquences filmées, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

5 / Autorisation de fumer en sortie (Barrez en cas de désaccord)

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____ donnant mon autorisation pour que celui-ci puisse fumer. Cependant, mon enfant devra respecter les modalités imposées par l'équipe encadrante.

Fait à, le

Signature du document

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : [][] / [][] / [][][][] à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : [][] / [][] / [][][][] à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : [][][][] Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : [][][][] / [][][][] / [][][][] inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : [][][][] / [][][][] / [][][][] Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre
(Préciser :)⁽²⁾

Délivré(e) le : [][][][] / [][][][] / [][][][]

Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (**facultatif**) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL**