



ACTION JEUNESSE PREINSCRIPTION

SEJOUR JUILLET 2022

Début des préinscriptions : du lundi 27 juin au vendredi 1^{er} juillet 2022

UNIQUEMENT sur place auprès du Guichet Unique à partir de 16 h

Date du séjour : SAMEDI 23 JUILLET AU SAMEDI 30 JUILLET 2022

Date de dépôt : Horaire de dépôt :

Je soussigné (e) : Nom Prénom

Responsable légal de l'enfant : Nom Prénom

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

Adresse :

Tél Portable : E-mail :

Souhaite inscrire mon adolescent(e) au séjour de l'Action Jeunesse de GROSLAY pour la période :

Du samedi 23 juillet au samedi 30 juillet 2022 (8 jours).

La participation forfaitaire pour le séjour *

Une remise de 15% est appliquée à partir du 2^{ème} enfant

Une remise de 20% est appliquée à partir du 3^{ème} enfant

La dégressivité s'appliquera sur le ou les séjours les moins chers.

* **vous sera communiquée à la date d'ouverture des préinscriptions.**

Le règlement devra être effectué à réception de votre facture et celui-ci validera définitivement l'inscription de votre enfant au séjour. Cette inscription est un engagement de paiement sauf en cas de présentation d'un certificat médical justifiant l'impossibilité de votre adolescent(e) à participer au séjour.

IMPORTANT :

Le séjour est ouvert à tout jeune, seul les adolescents munis de leur brevet de natation 50 m pourront participer aux activités nautiques et aquatiques : canyoning et rafting.

Un règlement intérieur devra être signé par l'adolescent et les parents.



AUTORISATIONS

Public concerné : Adolescents de 11 à 17 ans

Capacité d'accueil : 20 jeunes

Je soussigné (e) Nom Prénom.....

Responsable légal deautorise sa participation aux activités suivantes :

Toutes les activités sont encadrées par des éducateur (rice)s sportifs et/ou animateur(rice)s diplômé(e)s.

ACTIVITES	OBSERVATIONS	OUI	NON
1 séance Canyoning (Brevet 50 m obligatoire)			
1 séance Rafting (Brevet 50 m obligatoire)			
1 sortie au lac de la Beunaz			
1 séance Lazer Game outdoor			
1 sortie lac Léman			
1 randonnée avec Bivouac			
1 nuit hamac			

IMPORTANT : Toutes les informations concernant l'horaire de départ et d'arrivée vous seront transmises à l'issue de la validation de votre inscription.

**Une réunion d'information se tiendra le
Mercredi 6 juillet 2022 à 18h30 en salle C**

J'autorise le transport en TGV, Car et/ou Bus : oui

J'autorise le transport en mini bus et /ou en vélo, sur place, pour se rendre aux activités : oui

J'autorise la direction de la structure jeunesse à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ou anesthésie rendus nécessaires par l'état de l'adolescent(e) et décidés par un médecin : oui non

Liste des pièces à joindre au dossier :

- Photocopie de la pièce d'identité ou extrait d'acte de naissance du jeune
- Photocopie des vaccins à jour
- Fiche sanitaire
- Justificatif de domicile
- 1 photo
- Brevet de natation 50 m
- Règlement intérieur



SERVICE ACTION JEUNESSE 11 – 17 ans

FICHE SANITAIRE Séjour 2022

Nous soussignons

Père : Nom Prénom

Tél Portable : E-mail :

J'accepte de recevoir les informations du Service Action Jeunesse par mail : oui non

Mère : Nom Prénom

Tél Portable : E-mail :

J'accepte de recevoir les informations du Service Action Jeunesse par mail : oui non

Adresse :

Responsables légaux de : Nom Prénom

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

Fille :

Garçon :

Si l'adolescent possède un téléphone et / ou un courriel :

Nous acceptons que notre adolescent reçoive les informations du Service Action Jeunesse par mail :

Oui Non

Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin traitant (facultatif) :

1 – VACCINATIONS : joindre la photocopie du carnet de santé « les pages concernant les vaccins ou aux certificats de vaccinations du jeune »

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE ou LA JEUNE :

Un traitement médical est-il prescrit pendant sa présence au 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.

A-t-il/elle déjà eu les maladies suivantes ?

- Angine Coqueluche Otite Rubéole Varicelle
 Asthme Oreillons Rougeole Scarlatine

A-t-il/elle des allergies (asthme, alimentaires, médicamenteuses) ?

- OUI NON

Si OUI précisez lesquelles et merci de nous fournir une ordonnance du médecin avec la conduite à tenir :

.....
.....

A t-il un Projet d'Accueil Individualisé¹ ?

Si oui, le P.A.I doit être remis lors de l'inscription avec la trousse d'urgence et l'ordonnance médicale.

- OUI NON

Précisez lequel : P.A.I. SANTE P.A.I. ALIMENTAIRE

REGIME ALIMENTAIRE : Normal Sans Viande Sans Porc Sans Poisson

A-t-il/elle eu des antécédents médicaux ou chirurgicaux, susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises, convulsions, opération, rééducation, ...)

Précisez lesquels et les précautions à prendre.

- OUI NON

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

A-t-il/elle des lunettes, des lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ?

- OUI NON

.....
.....

4- AUTORISATIONS :

- Autorisons notre adolescent(e) à participer aux activités physiques et sportives : oui non
- Autorisons notre adolescent(e) à utiliser les transports en car, train ou mini bus : oui non
- Autorisons la directrice du séjour à donner en cas de besoin du paracétamol : oui non
- Autorisons l'équipe d'animation à prendre des photos et ou film de notre adolescent(e) au cours des activités proposées et à les utiliser sur tout support de communication communale : oui non

Facebook Magazine communale site internet Ville application « Groslay »

¹ Protocole d'Accueil Individualisé : Merci de nous signaler si vous avez besoin d'en établir un pour des raisons de santé afin accueillir votre adolescent(e) en toute sécurité.

LES RESPONSABLES LEGAUX :

PERE : Nom : Prénom :

Tél. portable : Tél. travail :

E-mail :

Adresse :

J'accepte de recevoir les informations du service Action Jeunesse par e-mail ? Oui Non

MERE : Nom : Prénom :

Tél. portable : Tél. travail :

E-mail :

Adresse :

J'accepte de recevoir les informations du service Action Jeunesse par e-mail ? Oui Non

Je soussigné (e), Responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure JEUNESSE à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ou anesthésie) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

Date : Signature :

« INFORMATION CNIL »

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de Groslay dans le but de prendre en charge de manière adaptée les enfants sur le site concerné. Elles sont collectées par le Guichet unique et sont destinées à ce service et à la Direction de l'action jeunesse. Elles sont conservées pendant un an. La base juridique du traitement est une obligation légale. Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation ou d'opposition en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ».



AUTORISATION PARENTALE

ADMINISTRER UN MEDICAMENT PENDANT LE SEJOUR

L'assistant (e) sanitaire peut administrer des médicaments prescrits aux enfants, uniquement si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament indiquent les personnes autorisées à prescrire. Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant. Sur cette étiquette doivent figurer, le nom et prénom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie ainsi que la durée du traitement.

La directrice des ACM se réserve le droit de mettre fin à l'administration d'un médicament si toutes les informations nécessaires ne lui sont pas transmises.

J'autorise l'assistant (e) sanitaire d'administrer le(s) médicament(s) suivant(s), à mon enfant, selon la posologie indiquée.

J'ai pris connaissance de la présente fiche et je déclare comprendre les conséquences de cette autorisation. Je m'engage également à prévenir le centre de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.

Nom de l'enfant : Prénom : Classe :

Période du : au : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Nom du médicament :

Posologie (dose et fréquence) : Heure :

Moment de l'administration :

Exemple : au repas ou préciser l'heure, s'il doit être administré à un autre moment dans la journée :

.....

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : Orale : Peau :

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui : Non :

Effets indésirables importants attendus :

.....

Téléphone du Père : Téléphone de la Mère : Nom du médecin :

Signature du ou des parents :

« INFORMATION CNIL »

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de Groslay dans le but de prendre en charge de manière adaptée les enfants sur le site concerné. Elles sont collectées par le Guichet unique et sont destinées à ce service et à la Direction de l'action jeunesse. Elles sont conservées pendant un an. La base juridique du traitement est une obligation légale.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation ou d'opposition en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ».