



Cadre réservé à l'organisateur

Dossier reçu le :

Cotisation annuelle de 5€

Certificat médical en date du(valable 3 ans)

Test d'aisance aquatique

Fiche sanitaire de liaison

Photocopie du carnet de santé (vaccination)

Protocole d'accueil individualisé (PAI) : Non Oui

Autorisation de droit à l'image (Facebook, Instagram, bulletin communal, presse locale, Youtube) : Non Oui

Attestation QF Non Oui

QF :

Attestation d'assurance Non Oui

Inscription :

Espace Jeunes

Passerelle

JEUNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Tél. portable du jeune :

Ecole ou collège fréquenté :

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :



AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL POUR LES ACTIVITES

Je soussigné(e),, responsable légal de....., autorise :

-mon enfant à participer à toutes les activités (sportives, culturelles, loisirs et de plein air) organisées par l'Espace Jeunes Municipal les mercredis, samedis et pendant les vacances scolaires (**ne concerne pas La Passerelle**) : Oui - Non

-mon enfant à partir seul après les activités en journée et/ou soirée) : Oui - Non

-la publication des photographies et/ou des vidéos de mon enfant, prises par l'Espace Jeunes Municipal Oui - Non

Ces supports sont susceptibles d'être utilisés pour faire connaître le dispositif sur la commune et non à des fins commerciales

-A informer mon enfant et moi-même des actualités jeunesse de la ville par email Oui - Non ou Par SMS Oui - Non

PIECES A JOINDRE AU BULLETIN D'INSCRIPTION

- Un test d'aisance aquatique (pour les activités nautiques)
- Certificat médical de non contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives de moins de 3 ans
- **Fiche sanitaire de liaison (jointe en annexe) est à remettre sous enveloppe cachetée**
- Attestation de vaccination (photocopie du carnet de santé ou attestation du médecin jointe en annexe)
- Le tarif d'inscription est de 5€ par an. (Chèque à l'ordre du Trésor Public) À régler au moment de l'inscription
- Attestation CAF
- Attestation d'assurance couvrant les dommages corporels que votre enfant pourrait causer et/ou auxquels il pourrait être exposé au cours des activités pratiquées.

Fait à le

Signature du responsable légal :



Ne pas compléter si inscription PASSERELLE

ATTESTATION DE REUSSITE A LA NATATION

Test d'aisance aquatique* préalable à la pratique des activités aquatiques en centre de vacances
(arrêté du 25 avril 2012 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratique de
certaines activités physiques en accueils collectifs de mineurs)

Je soussigné (nom, prénom) :

Titulaire du diplôme :

Numéro de diplôme : date de délivrance :

atteste que Mlle/Mr : né(e) le :

Demeurant à : a réussi le test.

Test réalisé :

Sans brassière de sécurité

Avec brassière de sécurité

L'attestation peut être délivrée par une personne titulaire des diplômes suivants :

- du Brevet National De Sécurité Aquatique (BNSSA)
- du Diplôme d'Etat de maître nageur sauveteur (DE de MNS)
- du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation (B.E.E.S.A.N.) ou tout autre BE des spécialités nautiques considérées

Ce document doit attester de l'aptitude du mineur à :

- effectuer un saut dans l'eau,
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,
- nager sur le ventre pendant vingt mètres,
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Fait à : le :

Signature et tampon de l'établissement

*Ce test de natation a une validité permanente

 CONTACT : SERVICE ENFANCE JEUNESSE

espace.jeunes@plouzane.fr / 02 98 31 95 46 – 06 67 19 08 90



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e).....Docteur en Médecine,
demeurant.....certifie avoir
examiné.....né(e) le

- Atteste de son aptitude à la vie en collectivité :
- Vaccin à jour au titre de l'année.....
- Atteste qu'il n'a pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives. Si oui, merci de préciser:

.....
.....

Fait à le

Cachet et signature du médecin

Protection des données personnelles

Le dossier relatif à l'inscription à l'espace jeunes est un traitement de données personnelles géré par la Ville de Plouzané en sa qualité de responsable de traitement. Les informations personnelles collectées vous concernant ou concernant votre enfant nous permettent d'assurer les inscriptions et le suivi. Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement, dans la limite de leurs attributions respectives. Les données personnelles concernant les fiches d'inscriptions sont conservées 5 ans, celle de la fiche sanitaire 1 an et 10 ans pour les données de facturation. Selon la base légale, vous avez le droit d'accéder à vos informations personnelles, ou de les faire rectifier. Vous pouvez également demander la limitation de vos données et/ou vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer vos droits, vous pouvez adresser votre demande au service concerné : service.jeunesse@plouzane.fr et mairie de Plouzané BP 7 29280 Plouzané ou à notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : protection.donnees@cdg29.bzh ou La Cellule RGPD, Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Finistère, 7 Boulevard du Finistère, 29000 Quimper. La collectivité ou le délégué à la protection des données sera susceptible de vous demander un justificatif d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatiques et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Accueil :

- séjour de vacances
- accueil de loisirs
- séjour dans une famille

Dates du séjour : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	3 0 E	Dernier rappel	Vaccins recommandés	3 0 E	Date
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B, C, G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varielle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

.....

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : _____ travail : _____

portable : _____

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____

À remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

.....



Protection des données personnelles

Le dossier relatif à l'inscription à l'espace jeunes est un traitement de données personnelles géré par la Ville de Plouzané en sa qualité de responsable de traitement. Les informations personnelles collectées vous concernant ou concernant votre enfant nous permettent d'assurer les inscriptions et le suivi. Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement, dans la limite de leurs attributions respectives. Les données personnelles concernant les fiches d'inscriptions sont conservées 5 ans, celle de la fiche sanitaire 1 an et 10 ans pour les données de facturation. Selon la base légale, vous avez le droit d'accéder à vos informations personnelles, ou de les faire rectifier. Vous pouvez également demander la limitation de vos données et/ou vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer vos droits, vous pouvez adresser votre demande au service concerné : service.jeunesse@plouzane.fr et mairie de Plouzané BP 7 29280 Plouzané ou à notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : protection.donnees@cdg29.bzh ou La Cellule RGPD, Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Finistère, 7 Boulevard du Finistère, 29000 Quimper. La collectivité ou le délégué à la protection des données sera susceptible de vous demander un justificatif d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatiques et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

