

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 : 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 DES RESPONSABLES LEGAUX 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 sur les réseaux sociaux et site Internet de la ville, la presse locale et à des fins non 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

Je soussigné(e), responsable légal 1, responsable légal 2
responsables légaux de, autorise l'inscription de notre enfant à l'espace jeunes municipal La Batterie.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

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 1 an, celles 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.

Espace Jeunes Municipal La Batterie

Bulletin d'adhésion – Année 2025/2026



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio-myélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si

nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes

mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :