



# Fiche d'adhésion jeune SIVOM du Val d'Hyères

PHOTO DU  
JEUNE À  
FOURNIR

## Information sur le jeune

Nom :	Prénom :		
Sexe : Féminin      Masculin	Date de naissance :		
Ville :	Adresse :		
Portable : <i>du jeune</i>	Adresse mail : <i>du jeune</i>		
Établissement : <i>scolaire</i>	Taille :	Poids :	Pointure :
Numéro d'allocataire :	Quotient Familial :		

## Responsables légaux

### Responsable n°1

Qualité : Mère      Père      Tuteur		
Nom :	Prénom :	
Adresse : <i>(si différente)</i>		
Portable :	Profession:	
Adresse mail :		

### Responsable n°2

Qualité : Mère      Père      Tuteur		
Nom :	Prénom :	
Adresse : <i>(si différente)</i>		
Portable :	Profession:	
Adresse mail :		

## Autorisations

### Droit à l'image

J'autorise les animateurs, partenaires et prestataires à photographier et filmer mon enfant et à utiliser son image pour sa communication interne et externe.

Oui      Non

### Soins

J'autorise le SIVOM à prendre toutes les mesures d'urgences nécessaires concernant la santé de mon enfant (médecin, pompiers, hospitalisation etc.)

Oui      Non

### Décharge de sortie

J'autorise mon enfant à venir et à rentrer seul après les activités.

Oui      Non

### CAFPRO

J'autorise le SIVOM à consulter votre dossier CAFPRO afin de prendre en compte mon quotient familial dans le tarif des activités.

Oui      Non



# Présentation et Règlement du Service Jeunesse

## Présentation du Sivom

Le Sivom du Val d'Hyères est un Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple qui regroupe six communes : Cognin, Jacob-Bellecombette, Montagnole, St-Cassin, St-Sulpice et Vimines. Au sein de ce Sivom, la collectivité souhaite répondre aux besoins des 11-25 ans. Elle les accompagne dans leurs projets, leurs formations et leurs loisirs. Le chargé de coopération et l'adjointe d'animation, deux salariés à temps complet, accompagnent ces initiatives.

## Le service jeunesse du Sivom

- Parmi ces actions, le Sivom propose un service jeunesse dédié aux 11-17 ans, collégiens et lycéens, habitants sur le territoire du Val d'Hyères. De nombreuses activités y sont organisées pendant les vacances scolaires, les mercredis après-midi ainsi que certains soirs de manière ponctuelle.

- Le planning et les horaires sont communiqués au préalable en ligne (par mail, via les réseaux sociaux, site des mairies etc.) et en papier. **L'inscription aux activités se fait ensuite via un formulaire en ligne.** Pour pouvoir participer à ces activités, il convient d'adhérer. Une fois adhérent, le jeune a accès à l'ensemble de la programmation proposée par le Sivom pour l'année scolaire en cours.

- Le lieu de rendez-vous est le **local jeunes de Jacob-Bellecombette, 7 rue de la mairie** (situé à droite de la mairie bâtiment la Jacobelle). Ce lieu pourra être amené à évoluer. Lors de sorties organisées à la journée, il sera demandé aux familles d'apporter un repas à réchauffer ou un pique-nique.

## Païement et modalités

Les activités peuvent être gratuites ou payantes selon leur nature. Lorsqu'elles nécessitent un paiement, le tarif varie en fonction de l'activité et du quotient

familial du jeune. Le règlement doit être effectué au plus tard le premier jour de l'activité par chèque ou espèce au comptant. En cas de facture impayée, le service jeunesse procédera à une première relance. En cas de non-réponse, des mesures seront mises en place (mise en demeure, recouvrement, exclusion temporaire etc.) et la famille sera prévenue par courrier.

## Règlement intérieur et annulation

- L'adhésion coûte 2€ et est valable jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. Pour être valide, le dossier du jeune devra être complet.

- Les adhérents résidant en dehors des communes du Sivom ne bénéficieront pas de la priorité pour les inscriptions et seront soumis à un tarif spécifique.

- Le SIVOM est un lieu d'échange et de partage pour les jeunes du territoire construit autour de valeurs mutuelles de respect entre les jeunes et avec les encadrants.

Le service jeunesse a pour vocation d'amener les adolescents vers des activités nouvelles en les ouvrant au sport, à la culture, la découverte de leur territoire et du monde qui les entoure. Nous les inciterons à ne pas participer qu'à des activités dites de consommation.

Aussi, nous souhaitons accompagner les jeunes dans l'autonomie et la responsabilisation. À ce titre, nous attendons d'eux qu'ils s'impliquent en participant à la vie et l'organisation du local en devenant pleinement acteurs de leurs activités.

- En adhérent, vous acceptez que votre enfant puisse participer aux activités et qu'il puisse se déplacer par tous les moyens de transport prévus par le Sivom.

- Toute annulation moins de 7 jours avant le déroulement de l'activité pourra être facturée sauf en cas d'annulation justifiée (ex : certificat médical, décès etc).

⚠ Merci de joindre au dossier tous les documents ci-dessous afin de valider l'adhésion de votre enfant ⚠

**Fiche d'adhésion + Photo du jeune + Fiche sanitaire dûment complétées et signées**  
**Copie du carnet de vaccinations**  
**Attestation d'assurance de responsabilité civile mentionnant le nom du jeune**  
**Attestation CAF datant de moins de 3 mois et mentionnant le quotient familial**  
**Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (ex : facture d'électricité)**  
**2 € pour l'adhésion en chèque ou espèces**



Je soussigné·e

atteste sur l'honneur, l'exactitude des éléments

renseignés. En signant, je confirme avoir lu avec mon enfant le règlement et m'engage avec lui à le respecter.

Fait le

Signature du responsable légal  
(ou case cochée faisant foi de signature)

Signature du jeune  
(ou case cochée faisant foi de signature)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR** (si automédication le signaler)

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature :  
*(ou case cochée faisant  
foi de signature)*

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---