

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Espace Jeunes 14-18 ans

Date de validité : du 1^{er} janvier au 31 août 2022

ENFANT « 1 »

Nom		
Prénom		
Âge	Né(e) le :	À :
Genre	☐ Fille	☐ Garçon

ENFANT « 2 »

Nom		
Prénom		
Âge	Né(e) le :	À :
Genre	☐ Fille	☐ Garçon

ENFANT « 3 »

Nom		
Prénom		
Âge	Né(e) le :	À :
Genre	☐ Fille	☐ Garçon

RESPONSABLES LEGAUX

	PARENT 1	PARENT 2
Autre (précisez)		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Commune / Code postal		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Adresse courriel		
Situation familiale (Célibataire, marié, pacsé, concubinage, Séparé, divorcé, veuf)		
Titulaire autorité parentale*	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Destinataire des factures	☐	☐

*Pour les parents divorcés ou séparés, merci de bien vouloir remettre la photocopie du jugement relatif à la garde de l'enfant.

Profession		
Nom de l'employeur		
Ville		
Tél. travail		

TOUT CHANGEMENT CONCERNANT CES INFORMATIONS DEVRA ÊTRE SIGNALÉ AU PLUS TÔT.

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. Portable

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A RECUPERER MON / MES ENFANT(S)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. Portable

**Pour information, seuls les parents et la/les personne(s) mentionnée(s) ci-dessus seront autorisés à prendre en charge l'enfant en sortie d'école et sur les accueils péri et extrascolaires (Centre de Loisirs la LoCollective). Toute autre personne que celle(s) désignée(s) ci-dessus – se présentant pour récupérer l'enfant –, devra se munir d'une autorisation signée par les responsables légaux et d'une pièce d'identité.*

CAF / MSA

	PARENT
Type de régime	☐ CAF du département du Lot ☐ CAF du département de l'Aveyron ☐ MSA ☐ Autre
N° allocataire	

Merci de nous transmettre un justificatif de votre quotient familial

TOUT CHANGEMENT CONCERNANT CES INFORMATIONS DEVRA ÊTRE SIGNALÉ AU PLUS TÔT.

ASSURANCE

Les garanties **obligatoires** sont la **responsabilité civile** (pour les dommages causés par l'enfant à un tiers), et la **garantie individuelle accident** (pour les dommages que l'enfant pourrait subir). Les attestations délivrées devront spécifier la couverture de l'enfant sur les temps scolaires, périscolaires et extrascolaires.

	Assurance
Nom	
N° de contrat	
Période de validité	

Indiquez l'aide pour laquelle vous êtes bénéficiaire*, en cochant la case correspondante :

- ☐ **Aides aux Vacances et aux Temps Libres (CAF)**
- ☐ **PASS « Évasion jeunes » (MSA)**
- ☐ **Comité d'entreprise (CE)**
- ☐ **Autre**

*La fourniture d'un justificatif est obligatoire afin de prétendre aux aides.

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.) ENFANT « 1 »

Mon enfant bénéficie d'un P.A.I. en rigueur au 1^{er} janvier 2022.

☐ **Oui*** ☐ **Non**

*Si oui, joindre obligatoirement une copie du P.A.I.

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.) ENFANT « 2 »

Mon enfant bénéficie d'un P.A.I. en rigueur au 1^{er} janvier 2022.

☐ **Oui*** ☐ **Non**

*Si oui, joindre obligatoirement une copie du P.A.I.

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.) ENFANT « 3 »

Mon enfant bénéficie d'un P.A.I. en rigueur au 1^{er} janvier 2022.

☐ **Oui*** ☐ **Non**

*Si oui, joindre obligatoirement une copie du P.A.I.

AUTORISATIONS

- ☐ Autorisons l'équipe d'animation à **prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie** de notre enfant.
- ☐ Autorisons l'équipe médicale (SAMU, pompiers, etc.) – prenant en charge notre enfant – à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de son état de santé.
- ☐ Autorisons notre enfant à **participer aux activités et aux sorties** organisées par l'association la LoCollective– dans le cadre de l'espace jeunes –, en empruntant les transports adaptés retenus (ex : à pied, en bus, en minibus, etc.).
- ☐ Autorisons l'utilisation de l'image (photo et/ou film de groupe) et de la voix de notre enfant dans le cadre des activités conduites durant les temps d'accueils de l'espace jeunes, ainsi qu'au sein des publications et autres supports de communication (site Internet, facebook, article de presse, document interne).

COVOITURAGE

Acceptez vous d'être inscrit dans une base de données afin de pouvoir être contacté par des habitants de votre commune pour participer à du covoiturage afin de vous permettre de participer aux activités proposées par l'association la LoCollective.

- ☐ **OUI**
- ☐ **NON**

FONCTIONNEMENT DU LOCAL JEUNES

Le local jeunes accueille les jeunes à partir de 14 ans dans des locaux agréés par la DDSCPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations). Au sein du local, les jeunes sont sous la responsabilité d'un animateur de la LoCollective. Les jeunes sont accueillis dans un fonctionnement informel, c'est-à-dire que les jeunes peuvent aller et venir librement pendant les horaires d'ouverture, leur déplacement n'est pas sous la responsabilité de l'Association la LoCollective.

LIEU ET HORAIRES D'OUVERTURE

Le local jeunes se situe au rez-de-chaussée de l'ancienne gare de Cajarc. Pendant le temps scolaire, le local est ouvert :

le mercredi après midi et le samedi après midi, de 14h00 à 18h00.

Le vendredi soir de 17h00 à 22h00.

Pendant les vacances scolaires du lundi au vendredi, de 14h00 à 18h00.

☐ **J'inscris mon (mes) enfant(s) au Local Jeunes**, je m'acquitte de la cotisation annuelle de 2 euros par enfant.

PIECES A FOURNIR

- ☐ Dossier dûment rempli
- ☐ Fiche sanitaire dûment remplie et signée (transmise en pièce jointe).
- ☐ Photocopie du carnet de vaccination.
- ☐ Pièce justificative relative au n° allocataire CAF, MSA (indiquant le Quotient Familial).
- ☐ Attestation d'assurance « responsabilité civile » et « garantie individuelle accident » et extrascolaire.
- ☐ Certificat médical ou document relatif à l'état de santé de l'enfant (si nécessaire).
- ☐ Acte de justice restreignant l'autorité parentale ou relatif au droit de garde (si nécessaire).

	CONTACTS
Fonctionnement périscolaire et extrascolaire Association la LoCollective	Tél. 05-65-10-85-41 / 06-51-73-01-57 Courriel : jeunesse@la-locollective.org

Je soussigné(e) Mme / M.....

Agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale :

- Certifie avoir pris connaissance du dossier de renseignements.
- Atteste l'exactitude des informations figurantes dans le présent dossier,

Date : ... / ... /

Nom prénom Parent 1
Signature

Nom Prénom Parent 2
Signature