

INSCRIPTION 2026/2027

Accueils loisirs adolescents – Espaces jeunes

Service Jeunesse Communauté de Communes des Aspres

Année de naissance : 2015 - 2014 – 2013 – 2012 – 2011 – 2010 – 2009 *

Entourer votre réponse.

LE JEUNE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

No de Sécurité sociale :



Adresse :
.....

Ville de Résidence :

Contact tél : **Mobile personnel du jeune :**

Email personnel du jeune :

.....@.....

L'inscription donne accès

*** Aux Espaces Jeunes de Thuir et de Saint Jean Lasseille (Vacances)**
(sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie
« espaces jeunes »)

*** Aux activités de loisirs organisées par le service jeunesse**
(sous réserve d'avoir rempli les documents nécessaires dans la partie
« activités »)

Ce Dossier est valable pour la période de septembre 2026 à août 2027

INFORMATIONS

Les Projets éducatif et pédagogique ainsi que le Règlement Intérieur sont consultables sur le site de la communauté de communes des Aspres. <https://www.cc-aspres.fr/>

INFORMATIONS FAMILLE

Responsable Légal 1 :

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../..... (Obligatoire)

Profession : Employeur :

Situation professionnelle : * **Entourer votre réponse.**

Salarié - Travail Indépendant - Demandeur d'emploi - Autre

Adresse (si différente) :

Contact tél : Mobile personnel :

Email :@.....

Signature :

Payeur oui ☐ non ☐

Responsable Légal 2 :

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../..... (obligatoire)

Profession : Employeur :

Situation professionnelle : * **Entourer votre réponse.**

Salarié - Travail Indépendant - Demandeur d'emploi - Autre

Adresse (si différente) :

Contact tél : Mobile personnel :

Email :@.....

Signature :

Payeur oui ☐ non ☐

Situation Familiale : Mariés ☐ Concubins ☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Célibataire ☐

Contacts à privilégier en cas d'urgence :

Nom / Prénom...../TEL :

Nom / Prénom...../TEL :

Personnes autorisées à récupérer le jeune : **Uniquement pour les mineurs non autorisés à partir seuls de l'accueil.**

Nom / prénom	Numéro

RÉGIME SOCIAL DES PARENTS (Obligatoire) :

☐

CAF

No Allocataire CAF :

☐

MSA

No Allocataire MSA (joindre un justificatif) :

☐

AUTRE

No Allocataire :

INSCRIPTION ACCUEILS

Adhésion : 2 € à régler en espèce

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL ESPACE JEUNES

Je soussigné(e),

- Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes du service jeunesse de la communauté des communes des Aspres.
- Accepte et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur qui est consultable sur le site de la communauté de communes des Aspres dans la rubrique services famille jeunesse 11 – 17 ans. <https://www.cc-aspres.fr/>

Dégage l'encadrement de toutes responsabilités au niveau :

- Des vols qui pourraient avoir lieu dans les espaces jeunes de Thuir ou de Saint Jean Lasseille.
- Des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures d'accueil pendant les heures d'ouvertures.
- Les animateurs du service jeunesse ont pour mission d'encadrer et d'animer les jeunes dans les différents espaces jeunes. Cependant il s'agit d'un accueil pour lequel les jeunes fonctionnent en accès libre, en aucun cas ce service a pour vocation un mode de garde. Il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différents espaces jeunes dans la fréquentation et la participation du jeune.

Fait à, Le/...../.....

Signature du responsable légal du jeune
Précédée de la mention lu et approuvé(e) :

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL – ACTIVITES

Nom, Prénom du Responsable légal :

Téléphone (domicile) : Mobile :

- Autorise le jeune inscrit à participer aux activités proposées durant l'année scolaire 2026-2027 par le Service Jeunesse de la Communauté des Communes des Aspres (de Septembre 2026 à août 2027) dans le cadre de l'accueil de loisirs adolescents.
- Certifie avoir souscrit une assurance de responsabilité civile pour le jeune inscrit.
- Autorise l'encadrement à prendre les mesures de soins d'urgence nécessaires si besoin, et accepte de payer ou rembourser les frais avancés.
- Accepte de payer les activités tarifées. Voir grille tarifaire. <https://www.cc-aspres.fr/>
- Accepte et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur consultable sur le site de la communauté de communes des Aspres dans la rubrique services famille jeunesse 11 – 17 ans. <https://www.cc-aspres.fr/>
- Autorise la structure à publier dans des supports de communication écrits ou multimédia (article presse, montages vidéo, compte Facebook de la structure, etc..) des photos ou vidéos où figure mon enfant. * Oui Non
- Atteste que l'enfant inscrit sait nager. * Oui Non
- Autorise le jeune à rentrer seul de l'accueil de Thuir et des arrêts de bus desservis lors des transports effectués par le service jeunesse (Communes concernés : Brouilla – Banyuls dels aspres – Saint Jean Lasseille – Villemolaque - Tresserre – Passa – Fourques et Trouillas) * Oui Non * **Entourer votre réponse.**

Fait à, le/...../.....

Signature du Responsable légal précédé de la mention lu et approuvé :

FICHE SANITAIRE

Allergies :

Asthme * Oui Non Alimentaires * Oui Non
Médicamenteuses * Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles :

Port de Lunettes * Oui Non Port de Prothèse(s) (précisez) : * Oui Non
Port de Lentilles * Oui Non

Autre Information : Votre enfant a-t-il un traitement en cours ?

* Oui Non si oui lequel ?

ACCUEIL ENFANT A BESOIN(S) PARTICULIER(S)

Scolarisation

* École Collège Lycée EREA Joan Miro Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) CFA CFAS

A Domicile Non concerné (+16 ans)

Nom de l'établissement ou de l'institution :

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S)** (entourer la situation correspondante): GEVA-SCO – AVS/AESH – ULIS – Matériel Adapté – PAI....

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

* Non Oui Demande en cours Ne souhaite pas répondre

Suivi Complémentaire (CMP, CMPP, HDJ Hôpital de jour)

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

* Non Oui Ne souhaite pas répondre

Bénéficiaire de l'AAEH (entourer la situation correspondante)

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'adolescent(e) dans la structure.

* OUI NON Demande en cours Ne souhaite pas répondre

* Entourer la situation correspondante et renseigner les éléments

Informations utiles à savoir

Y a-t-il des besoins, habitudes, aménagements ou informations particulières que vous souhaitez nous communiquer afin de permettre le meilleur accueil possible pour votre jeune :

Documents à fournir

- Copie des vaccinations à jour (carnet de santé) OU Attestation médicale de vaccinations à jour.
- Attestation d'assurance extrascolaire 2026-2027 du jeune inscrit.

Remarque : Tout dossier incomplet ne sera pas traité