

**DOSSIER D'INSCRIPTION
SIVU ENFANCE JEUNESSE DE TREGASTEL ET PLEUMEUR-BODOU
ANNEE 2008**

Préambule :

- 1) Cette inscription est entièrement gratuite et est **OBLIGATOIRE** pour participer aux activités du SIVU **ET** d'en fréquenter les lieux placés sous sa responsabilité (Foyer, salle de sports...).
- 2) Remplissez là et envoyez là au SIVU Enfance Jeunesse – Mairie de Trégastel – Espace Wazh Veur – 22730 Trégastel.
- 3) Le SIVU se donne le droit de résilier une inscription et d'interdire tout accès au jeune concerné aux différents lieux et activités placés sous sa responsabilité en cas de faute de comportement.

ATTENTION :

- A) Cette feuille d'inscription autorise le SIVU à exploiter les photos qui pourraient être prises lors des activités dans une logique de promotion de son action.
- B) Les « accueils libres des jeunes » en différents endroits (salles omnisports, Espace Accueil Jeunesse...) sont basés sur le principe du va et vient de ceux ci. Par conséquent, le SIVU se dégage de toute responsabilité lorsque le jeune n'est pas présent dans le local.
- C) **Toute consommation de Tabac, Alcool et autre produits psychotropes est formellement interdite dans le cadre des activités du SIVU Enfance Jeunesse.**

MISSIONS DU SIVU :

Le SIVU a pour principal but de développer les activités socioculturelles et de loisirs auprès des jeunes des communes de Trégastel et Pleumeur-Bodou.

De plus, il s'insère dans une logique d'accompagnement des jeunes en tant que futurs adultes. Par conséquent, le travail réalisé avec eux prendra en compte les aspects de :

- Accès à l'autonomie et à l'autogestion
- Respect des autres
- D'engagement

Cadre réservé aux activités jeux en réseau (12-17 ans)

Une activité « Jeux en réseau » est mise en place au centre de Loisirs de Pleumeur-Bodou sous l'égide du SIVU Enfance Jeunesse **et** du service Jeunesse de Pleumeur-Bodou.

Cette activité est gratuite et s'effectue uniquement **sur inscription à la séance (appelez l'animateur)**.

- les mercredis ainsi que deux samedis par mois de 14h à 17h
- Une à deux soirées par mois de 20h à 22h30
- Ponctuellement pendant les vacances de 14h à 17h30

Pour autoriser votre enfant à y participer, veuillez cocher les cases des créneaux qui le concernent.

Information : l'âge minimum conseillé par l'utilisation des jeux sera respecté

Quelques Contacts Utiles :

SIVU Bureau : 02.96.23.46.35
Olivier DUBOIS (Animateur) : 06.77.51.44.95

Gwen STAEDTSBADER (Animateur)
Centre de Loisirs de Pleumeur-Bodou
Tél : 06.13.66.41.83

Mail : olivier@sivu-enjeu.com
<http://www.sivu-enjeu.com>

DATE : ____/____/____

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

SIGNATURE DU JEUNE :

*** Pensez à joindre un justificatif de domicile au retour de ce dossier d'inscription. Merci.**

RENSEIGNEMENTS CIVILES

Nom et Prénom du jeune : _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à _____

Adresse : _____

Code Postal : I ____ I ____ I ____ I ____ I Ville : _____

Adresse Mail (si oui : important) : _____ @ _____ . _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénom : _____

N° Tél. : 02I ____ I ____ I ____ I Portable : 06I ____ I ____ I ____ I

N° de sécurité sociale : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Si non remplie ou incomplète : Inscription Nulle)

II/ Il ne vous est pas nécessaire de la remplir si elle a été rendue l'année précédente et qu'aucun changement n'est survenu dans ce cas, cochez cette case :

II/ Vaccinations

ANTIPOLIOMYELIQUE-ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE-ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : DT Polio ou DT Coq ou Tétracoq ou d'une prise Polio	VACCINS PRATIQUES		DATE	
Rappel				
Antituberculeuse	Antivaricelleuse		Autres vaccins	
Dates	Dates	Dates	Dates	Dates
1^{er}		1^{er}		1^{er}
2^{ème}		2^{ème}		2^{ème}

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

Injection de Sérum	Nature	Dates

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON

Indiquez ici les autres difficultés rencontrées en précisant les dates :
(accidents, maladies, crises convulsives, allergies, hospitalisations...)

NATURE	DATES

Actuellement l'enfant suit il un traitement ? **OUI** **NON**
Si oui n'omettez pas de joindre les ordonnances aux médicaments (médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant + notice) NB : aucun médicament ne sera délivré sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

Je soussigné, M./Mme.....certifie l'exactitude des renseignements ci dessus et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Recours au médecin, hospitalisation...)

Date et signature :

Cadre réservé au SIVU

Date effective d'Inscription : ____ / ____ / ____

Cachet et signature du Directeur :