



ESPACE JEUNES BREZOLLES

Liste des documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- ✓ Fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Fiche sanitaire ci-jointe avec **Photo obligatoire**
- ✓ Photocopie de la Pièce d'Identité de l'Adolescent.
- ✓ Photocopie d'un justificatif de domicile
- ✓ Numéros allocataire CAF ou Photocopie du dernier avis d'imposition
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ En cas de PAI, copie de celui-ci pour l'Année
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires
- ✓ Pour les adolescents déjà inscrits en 2023/2024 : La partie du document « A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION, complétée et signée. (Page 7)



ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR

3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14

Mail : standard@pep28.asso.fr

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30

Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire-Agrément Travail d'Intérêt général

www.lesPEP28.org/



FICHE D'INSCRIPTION

12/17 ans ANNEE 2024/2025



RENSEIGNEMENT FAMILLE, RESPONSABLE LEGAL

Titulaire (s) de l'autorité parentale : Père, Mère – Tuteur, Tutrice (préciser) _____

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

Situation Familiale : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Adresse : _____ CP : _____

Ville : _____ ☎ : _____ @ : _____

Parent 1 : _____ 📱 : _____ ☎ Professionnel : _____

Parent 2 : _____ 📱 : _____ ☎ Professionnel : _____

N° sécurité sociale dont dépend l'enfant : _____ N° Allocataire CAF : _____

Régime d'appartenance : Régime général MSA Régime Maritime

Inscription :

Mercredi (Ouverture le mercredi de 12h15 à 18h30)

Vacances scolaires (Ouverture de 9h30 à 18h30)

(Un document de réservation sera à compléter pour chaque période)

RENSEIGNEMENTS ADOLESCENT

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F Classe : _____

En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir

NOM : _____ ☎ : _____ 📱 : _____

DECHARGE PARENTALE

Déclaration : Je soussigné(e) _____, titulaire (s) de l'autorité parentale de l'enfant nommé ci-dessus,

Autorise l'adolescent à rentrer seul chez lui à la fin de l'Espace Jeunes et décharge l'organisateur et l'encadrement de toutes responsabilités. L'horaire de départ de l'Adolescent partant seul devra être précisé par écrit à la direction, par le titulaire de l'autorité parentale.

N'autorise pas l'adolescent à rentrer seul chez lui mais autorise les personnes suivantes âgées de plus de 16 ans à venir le chercher (préciser Nom/Prénom et si lien de parenté + N° tél. et fournir une copie de la pièce d'identité à la Direction de la structure) :

Autorise l'adolescent à participer à toutes les activités de l'Espace Jeunes.

Autorise le directeur de l'Espace Jeunes à faire soigner l'Adolescent, à le faire hospitaliser, à pratiquer les interventions et opérations d'urgence suivant les prescriptions du médecin ou du chirurgien.

Autorise l'Agglo du Pays de Dreux et l'Association des ADPEP 28 à utiliser les photos ou films de l'Adolescent pris lors des activités et ce, dans le cadre des supports de communication de la collectivité ou de ses partenaires institutionnels.

M'engage à rembourser les dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner l'autorisation aux services des PEP 28 de consulter et recueillir les informations les concernant sur le site de la CAF.

Mme/Mr _____ titulaire de l'autorité parentale de l'enfant _____

Autorise l'Association des PEP 28 à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh, afin de calculer le tarif horaire applicable dans le cadre de l'Accueil de loisirs et à conserver des copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans.

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus (Merci de vérifier vos coordonnées ci-dessus et sur la fiche sanitaire de l'enfant).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter.

Classe de l'enfant en septembre 2024 _____

A _____, le ____ / ____ / ____

Signature(s) :



Tarifs Espace Jeunes et horaires

SECTEUR JEUNES DE BREZOLLES (12 places)

- Horaires d'ouverture durant les Mercredis : 12h15 à 18h30
- Horaires d'ouverture durant les Vacances Scolaire : de 9h30 à 18h30
- Fermeture durant les vacances de fin d'année et le mois d'Août.

TARIFS

Revenus Mensuels	Agglo-Adhésion/ an	Hors Agglo
De 0 à 1 200 €	12 €	24 €
De 1 201 à 1 775 €	17 €	34 €
De 1 776 à 2 350 €	22 €	44 €
De 2 351 à 2 925 €	27 €	54 €
De 2 926 € à 3 500 €	32 €	64 €
De 3 501 et +	37 €	74 €
Supplément Activités Spécifiques	Agglo	Hors Agglo
Repas	5.60 €	5.60 €
Repas + Goûter	6.80 €	6.80 €
Atelier – Stage ½ Journée	6.00 €	12.00 €
Atelier – Stage 1 Journée	15.00 €	30.00 €
Surcoût pour Activité (cinéma, piscine, laser-game, musée, bowling...)	10.00 €	20.00 €
Sortie exceptionnelle (visite touristique, parc d'attraction ...)	20.00 €	40.00 €

Attention : les Tarifs 2024/2025 sont susceptibles d'être modifiés au cours de l'année suivant les délibérations du Conseil Communautaire

**Autorisation individuelle d'être filmé(e),
Photographié(e) et/ou interviewé(e)**

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

NOM : _____ **Prénom :** _____

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

Autorise l'Association des PEP 28 à réaliser des reportages vidéo traitant de l'ensemble des activités gérée par l'association :

- Filmer
- Photographier
- Interviewer
- Utiliser l'image de mon enfant

Dans le cadre unique de la promotion des activités des PEP 28.

En conséquence, j'autorise l'Association des PEP 28 à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais d'internet, par le biais des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou de la Fédération des PEP, des publications et site internet de la Ville et de la Communauté de Communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées, les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interview pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP 28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site internet et autres)

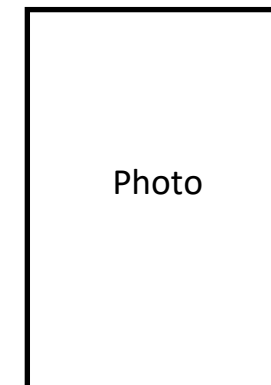
Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interview susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interview objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation de la vidéo

Refuse la participation de mon enfant aux reportages (photos, films, interview) réalisés par l'Association des PEP 28.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

(Signature) Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »



Fiche Sanitaire

BREZOLLES
ESPACE JEUNES

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance : ____/____/____

Entrée le : ____/____/____

Maj le : ____/____/____

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Employeur : _____ Profession : _____

Ressortissant régime

() CAF N° CAF : _____

() MSA N° MSA : _____

() Autre

Sous tutelle financière : _____ Organisme de tutelle : _____

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Repas spécifique pour raison médicale ou sans viande : () oui () non

Précisez : _____

Autorisation intervention médicale () oui () non

Certificat médical présent avec ce document () oui () non

Médecin traitant : _____

Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, en situation de handicap...)

() oui () non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives...etc

Je soussigné.e _____ titulaire de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à _____

Le _____

Signature,



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 vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				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

Poids : Kg ; Taille : cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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, enuresie 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 réactualiser 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 :



La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre adolescent lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs.

Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

Mère :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Père :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

Nom :

Téléphone :

Nom :

Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'adolescent

Nom / Prénom : Téléphone : |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|

Lien :

Nom / Prénom : Téléphone : |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|

Lien :

Nom / Prénom : Téléphone : |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|

Lien :



ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14

Mail : standard@pep28.asso.fr

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi
de 13h30 à 17h30

Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément
engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire-
Agrément Travail d'Intérêt général

www.lesPEP28.org/



A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION :

Je soussigné(e) déclare exacts, les renseignements notifiés sur le dossier d'inscription de l'an passé (2023/2024) et sur la fiche sanitaire de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter. Demande le renouvellement de l'inscription pour l'année scolaire 2024/2025 pour mon adolescent :

Nom Prénom..... (Une fiche par enfant)

Classe de l'enfant en Septembre 2024 :

Fait à :,

Le : .../.../....

Signature(s) titulaire(s) de l'autorité parentale



ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14

Mail : standard@pep28.asso.fr

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30

Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire-Agrément Travail d'Intérêt général

www.lesPEP28.org/