

POUR UN DOSSIER COMPLET:

- BULLETIN D'INSCRIPTION
- FICHE SANITAIRE DE LIAISON
- PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS
- AUTORISATION DE DIFFUSION
- ATTESTATION CAF/MSA
- RÈGLEMENT
- RÈGLEMENT INTÉRIEUR SIGNÉ
- CERTIFICAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
- BULLETIN D'ADHÉSION 2026

NOM:..... PRENOM:.....

Sexe: ☐F ☐M Date de Naissance:/...../.....

Nationalité:.....

Adresse où réside l'enfant:

Code Postal..... Ville:.....

Représentant légal de l'enfant: ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

NOM:..... PRENOM:.....

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre mail:

.....@.....

Adresse:Code Postal.....Ville:.....

Tel domicile: Tel Portable:Tel professionnel:

N° Allocataire CAF:Caisse:.....

N° Sécurité Sociale:Caisse:

Responsable de l'enfant pouvant être contacté (Obligatoire)

NOM:..... PRENOM:.....

Relation avec l'enfant: e-mail:.....@.....

Tel domicile: Tel Portable:Tel professionnel:

Je soussigné..... représentant légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription de l'association TACT et autorise la Direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'atteste avoir pris connaissance du règlement. J'autorise que mon enfant soit pris en photos et puisse paraître dans la presse et sur le compte facebook de l'association.

Lu et approuvé

Date

Signature



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION,
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui ☐ non ☐ parfois ☐

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES
DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



AUTORISATION DE DIFFUSION

Autorisation valable du 01 janvier 2026 au 31 décembre 2026

JE SOUSSIGNÉ (E) :

Domicilié (e).....

.....

En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)

.....

Né(e) le.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à le

BON POUR ACCORD,

Signature

Règlement intérieur

ALSH Ados

Association T.A.C.T.

Organisateur :

Les actions sont organisées par l'association T.A.C.T., dans le cadre de ses missions éducatives et d'animation jeunesse.

Association T.A.C.T.

94 rue de la Neuville
02360 Rozoy-sur-Serre

Contact : Elisa

☎ 07 75 71 31 71
✉ elisatact@gmail.com

Présentation :

Les ALSH Ados proposés par l'association T.A.C.T. sont destinés aux adolescents âgés de 11 à 17 ans, en priorité aux jeunes de la Communauté de Communes et des communes environnantes.

Ces actions s'inscrivent dans un projet éducatif visant à :

- Favoriser l'implication et la responsabilisation des adolescents.
- Développer l'autonomie des jeunes.
- Encourager la découverte et l'ouverture à de nouvelles expériences.

Instaurer un cadre de respect envers les autres, les locaux, le matériel et les règles de vie en collectivité.

Le nombre de places est limité et dépend des déclarations réglementaires auprès des services de l'État. Les plannings sont élaborés par les adolescents volontaires avec l'accompagnement de l'équipe d'animation de T.A.C.T.

Assurance :

L'association T.A.C.T. est couverte par une assurance responsabilité civile garantissant les conséquences pécuniaires des dommages corporels, matériels et immatériels causés aux tiers dans le cadre des ALSH Ados.

Chaque famille doit également fournir une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités extrascolaires du jeune.

Modalités d'inscription :

Conditions d'inscription :

- Avoir entre 11 et 17 ans inclus.
- Compléter et remettre un dossier d'inscription complet.
- Accepter et signer le présent règlement intérieur.

Être à jour dans les paiements

Modalités de paiement :

Le règlement doit être effectué avant le début du centre de loisirs.

En cas d'annulation, un remboursement ne sera possible uniquement sur présentation d'un certificat médical.

Le dossier d'inscription comprend :

- Bulletin d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Autorisation de diffusion d'images
- Attestation CAF/MSA (si applicable)
- Certificat d'assurance responsabilité civile
- Bulletin d'adhésion à l'association
- Règlement intérieur signé

Règles de santé :

- Tout traitement médical doit être signalé. Une ordonnance récente, les médicaments correspondants et une autorisation parentale écrite sont obligatoires.
- Aucun médicament ne sera administré sans autorisation parentale et prescription médicale.
- Toute pathologie, allergie ou problème de santé doit être mentionné dans la fiche sanitaire.
- En cas d'accident ou d'urgence, les services de secours seront contactés immédiatement. Les parents seront informés dans les meilleurs délais.

Tabac, alcool, substances illicites et boissons énergisantes sont strictement interdits durant les ALSH.

Prise en charge des adolescents et fonctionnement :

La prise en charge des jeunes débute à l'heure d'ouverture de l'ALSH et se termine à l'heure de fermeture, à la récupération du jeune par les responsables légaux ou selon les autorisations écrites fournies.

Les adolescents doivent respecter les consignes de l'équipe d'animation.

L'association décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou dégradation de biens personnels.

À l'issue de la journée, seuls les jeunes disposant d'une autorisation parentale écrite pourront repartir seuls. En cas de retard des familles, celles-ci seront contactées.

Une autorisation spécifique est nécessaire pour les jeunes qui souhaitent quitter le centre pendant la pause déjeuner.

Vie quotidienne et règles de vie :

Les règles de vie reposent sur le respect mutuel et le vivre-ensemble.

- Respect des personnes : toute violence physique ou verbale, moquerie, humiliation ou comportement discriminatoire est interdit et pourra entraîner des sanctions.
- Respect des locaux : les jeunes participent au maintien de la propreté et veillent au bon état des espaces mis à disposition.
- Respect du matériel : toute dégradation engage la responsabilité du jeune et de sa famille.

Respect des horaires : les horaires doivent être respectés pour le bon déroulement des activités et sorties.

Règles complémentaires :

- Les téléphones portables peuvent être récupérés par l'équipe d'animation selon l'utilisation faite par les jeunes.

Il est interdit de sortir seul des locaux sans autorisation.

Sanctions disciplinaires :

Tout manquement au règlement pourra entraîner des sanctions adaptées, pouvant aller jusqu'à l'exclusion temporaire ou définitive de l'ALSH.

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme.....,

représentant légal de..... déclare avoir pris connaissance du

règlement intérieur de l'ALSH ados.

Fait à, le

Signature de l'Adolescent

Signature du représentant légal

