

PROGRAMME CLUB ADOS

OCTOBRE 2022

DU LUNDI 24 AU
VENDREDI 28 OCTOBRE

LUNDI 24

14h - 17h

Mario Kart RC (intervenant)



MARDI 25

14h - 17h

Escape Game



MERCREDI 26

9h - 17h

Trampoline Park + Parc Gué Maulny



JEUDI 27

14h - 17h

Cuisine



19h - 22h30

Soirée Halloween



VENDREDI 28

14h - 17h

Fake News



COVOITURAGE POUR LES PARNÉENS

Rendez-vous 10 minutes
avant l'horaire de départ et
10 minutes après l'horaire
de fin à l'arrêt de bus Vert
Buisson.

Transport en Mini bus



Pour les Forcéens
RDV directement au
foyer des jeunes



LES TARIFS

Tarif A : < ou = 600€

3,00€ le point

Tarif B : >600€ et < ou = 900€

3,30€ le point

Tarif C : > 900€ et < ou = 1200€

3,50€ le point

Tarif D : > 1200€ et < ou = 1500€

3,70€ le point

Tarif E : > 1500€

3,90€ le point



INSCRIPTION À
RETOURNER AVANT LE
LUNDI 17 OCTOBRE

FICHE D'INSCRIPTION CLUB ADOS OCTOBRE 2022

Nom & Prénom du Jeune	
Age	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

OCTOBRE 2022	Activités	Nombre de POINTS
LUNDI 24 OCTOBRE	<input type="checkbox"/> MARIO KART RC (intervenant) Que le/la meilleur(e) gagne !	3 POINTS
MARDI 25 OCTOBRE	<input type="checkbox"/> ESCAPE GAME Arriverez-vous à ressortir de la pièce en équipe ?	2 POINTS
MERCREDI 26 OCTOBRE	<input type="checkbox"/> TRAMPOLINE PARK (16 places disponibles) + PARC DU GUE MAULNY	4 POINTS
JEUDI 27 OCTOBRE (Après-midi)	<input type="checkbox"/> CUISINE HALLOWEEN Cuisinons en équipe des petits plats inhabituels	3 POINTS
JEUDI 27 OCTOBRE (Soirée)	<input type="checkbox"/> SOIREE HALLOWEEN (intercommune) Maison de l'horreur, buffet et soirée dansante	2 POINTS
VENDREDI 28 OCTOBRE	<input type="checkbox"/> FAKE NEWS Par équipe, venez découvrir la vérité en vous baladant dans la commune	2 POINTS

You serez facturés après le club ados au vu de l'inscription complétée ci –dessus.

Seul un certificat médical permet de justifier une absence de votre ado.

Fait à

Le :

Signature

FICHE DE LIAISON Club ados



Nom/Prénom de l'enfant

Date de naissance :

Adresse de l'enfant :

Numéro de portable du jeune :.....

PERSONNES AYANT EN CHARGE L'ENFANT

- Mère : Nom/Prénom :.....
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
- Code postal : Ville :
- Tel fixe : Tel portable : Tel travail :
- Adresse mail :
- Père : Nom/Prénom :.....
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
- Code postal : Ville :
- Tel fixe : Tel portable : Tel travail :
- Adresse mail :

AUTORISATIONS PARENTALES DIVERSES

Autorisation médicale

J'autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et si nécessaire sous anesthésie
OUI () NON ()

Autorisation sportive

J'autorise mon enfant à pratiquer des activités physiques et sportives
OUI () NON ()

Autorisation de déplacement

J'autorise mon enfant à participer à des sorties :
en bus OUI () NON () minibus 9 places de la collectivité OUI ()NON () véhicule personnel
de l'animateur OUI () NON () véhicule de parents pour covoiturage OUI () NON ()

Autorisation de décharge de photo

J'autorise l'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la collectivité OUI () NON ()

Autorisation pour parution dans la presse et des deux communes OUI () NON ()

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du club ados OUI () NON ()

Autres personnes autorisées à venir chercher les enfants : Nom : Prénom :

Signature du responsable légal, précédée de la mention « bon pour autorisation »

Fait à

Le.....

Signatures :

FICHE SANITAIRE
Club ados PARNE / FORCE

CERFA N° 85-0233

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre jeune.

I. Ados NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	
Du DT polio	____ / ____ / ____
Du DT coq	____ / ____ / ____
Du Tétracoq	____ / ____ / ____
D'une prise polio	RAPPELS	____ / ____ / ____
.....	____ / ____ / ____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		DATES
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	
1 ^{er} VACCIN	____ / ____ / ____	1 ^{er} RAPPEL	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ
POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE		DATES
	
.....	____ / ____ / ____
.....	____ / ____ / ____

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE	OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)
 | ____ / ____ / ____
 | ____ / ____ / ____
IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :Alimentation : Normal Végétarien Sans porc Sans poissonACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?

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)
Attention, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL ?

Des lunettes Des lentilles Des prothèses dentaires Des prothèses auditives

VOTRE ENFANT SAIT IL NAGER ?

Oui Non

Si oui, merci de nous fournir une copie de l'attestation d'aisance aquatique.

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEEE ? Oui Non**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : PRENOM :

ADRESSE:

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : Domicile : Père : Domicile :
Portable : Portable :
Travail : Travail :

MÉDECIN TRAITANT:

Nom.....

Adresse.....

Numéro de téléphone.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :
DATE :