

PROGRAMME CLUB ADOS OCTOBRE 2022

DU LUNDI 24 AU
VENDREDI 28 OCTOBRE

LUNDI 24

14h - 17h

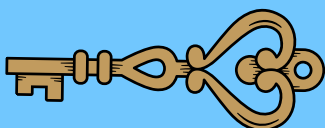
Mario Kart RC (intervenant)



MARDI 25

14h - 17h

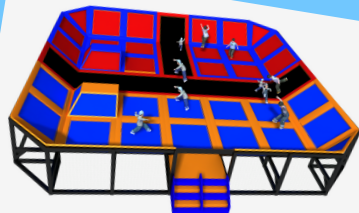
Escape Game



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 PARNEËNS

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

Vous 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 ☐ GARÇON ☐ 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	VACCINS DATES
1 ^{er} VACCIN	__/__/__	VACCIN	__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1 ^{er} RAPPEL	__/__/__

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	__/__/__
	__/__/__

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... __/__/__
 __/__/__

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Alimentation : ☐ Normal ☐ Végétarien ☐ Sans porc ☐ Sans poisson

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-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 REGLEE ? ☐ Oui ☐ Non

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :

NUMEROS DE TELEPHONE :

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

MEDEDIN 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.

DATE : Signature :