



# Dossier Unique de renseignements

Espace Jeunes : Collégiens et lycéens (11-17 ans)

**Année scolaire 2023 - 2024**

Le dossier doit être rempli dans sa totalité, tous les documents demandés devront être fournis ainsi que l'adhésion annuelle.

## JEUNE

NOM		
Prénom		
Âge	Né(e) le :	À :
Genre	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
Médecin traitant	Nom :	Tél. :
Établissement	<input type="checkbox"/> Collège La Garenne <input type="checkbox"/> Collège Hors Gramat	<input type="checkbox"/> Collège Ste Hélène <input type="checkbox"/> Lycée
Classe	<input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>nde</sup> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> <input type="checkbox"/> Terminale	

## RESPONSABLES LÉGAUX

	PARENT 1	PARENT 2
Autre (précisez)		
NOM		
Prénom		
Adresse		
Commune / Code postal		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Adresse courriel	@	@
Situation familiale (célibataire, marié, pacsé, concubinage, séparé, divorcé, veuf)		
Titulaire de l'autorité parentale*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Destinataire des factures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Pour les parents divorcés, merci de bien vouloir remettre la photocopie du jugement relatif à la garde de l'enfant.

Profession	
Catégorie professionnelle (codes transmis en pièce jointe)	
Nom de l'employeur	
Ville	
Tél. travail	

## PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. portable

## PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RECUPÉRER MON ENFANT\*

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. portable

\*Pour information, seuls les parents et la/les personne(s) mentionnée(s) ci-dessus seront autorisés à prendre en charge le jeune sur les accueils péri et extrascolaires Espace jeunes. Toute autre personne que celle(s) désignée(s) ci-dessus – se présentant pour récupérer l'enfant –, devra se munir d'une autorisation signée, d'une pièce d'identité ainsi qu'une décharge de responsabilité par les responsables légaux.



## CAF / MSA



	PARENT 1	PARENT 2
Type de régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA
N° allocataire		

La ville de Gramat et la Caisse d'Allocations Familiales du Lot ont signé une convention de service pour la consultation des revenus enregistrés dans la base allocataire « CDAP » (anciennement « CAF PRO »).

**Autorisez-vous la ville à consulter votre Quotient Familial (QF) sur la base de données « CDAP » ?**

Oui  Non

## ASSURANCE / MUTUELLE

Les garanties obligatoires sont la **responsabilité civile** (pour les dommages causés par le jeune à un tiers), et la **garantie individuelle accident** (pour les dommages que le jeune pourrait subir). Les attestations délivrées devront spécifier la couverture du jeune sur les **temps périscolaires et extrascolaires**.

N° sécurité sociale (couvrant l'enfant)		
	Assurance	Mutuelle
Nom		
N° de contrat		
Période de validité		

## AIDES AUX VACANCES

Indiquez l'aide pour laquelle vous êtes bénéficiaire\*, en cochant la case correspondante :

- Aides aux vacances et aux temps Libres (CAF)
- PASS « Évasion jeunes » (MSA)
- Comité d'entreprise (CE)

\*La fourniture d'un justificatif est obligatoire.

## PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Mon enfant bénéficie d'un PAI  Non  Oui alors, joindre *obligatoirement* une copie du PAI

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e)..... responsable légal du jeune autorise :

- L'équipe d'animation à **prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou de maladie** de votre enfant.
- L'équipe médicale (SAMU, pompiers, etc.) – prenant en charge votre enfant - à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de son état de santé.
- Notre enfant à **participer aux activités et aux sorties** organisées par l'Espace jeunes, en empruntant les transports adaptés retenus (ex : à pied, en bus, en minibus, vélos, etc.).
- Notre enfant à sortir seul(e) de l'Espace jeunes, **dans la limite de 20 minutes**, pour se rendre dans les magasins de Gramat afin d'effectuer des achats alimentaires (Commerce alimentaire, Kebab, Pizza...).  
En inscrivant **obligatoirement** : lieu, motif, horaires sur un listing de suivi des sorties.
- Notre enfant à sortir seul(e) de l'Espace jeunes, **exceptionnellement et dans la limite de 45 minutes**, pour se balader/flâner/jouer/ dans les environs de Gramat.  
En inscrivant **obligatoirement** : lieu, motif, horaires sur un listing de suivi des sorties.
- Notre **enfant à rentrer seul ou quitter l'espace jeunes** (après les activités).
- Notre **enfant à rentrer seul ou à quitter l'espace jeunes après les activités en soirée** (21h00).
- L'utilisation de **l'image (photo et/ou film de groupe) et de la voix** de notre enfant dans le cadre des activités conduites avec l'espace jeunes, ainsi qu'au sein des publications et autres supports de communication (site Internet, Instagram, Facebook de la ville, article de presse, document interne...).

Je soussigné(e) Mme/M. \_\_\_\_\_, agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale :

- Certifie avoir pris connaissance du « Dossier unique de renseignements »
- Atteste de l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier
- S'engage à prendre connaissance et à faire respecter par mon enfant le règlement de l'espace jeunes sur l'année scolaire 2023-2024.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Faire précéder la « **mention lu et approuvée** »

Signature du responsable légal :

Signature du jeune :

## DOCUMENTS À FOURNIR

- Dossier dûment rempli et signé
- Fiche sanitaire dûment remplie et signée (transmise en pièce jointe)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Pièce justificative relative au n° allocataire CAF, MSA (indiquant le Quotient Familial)
- Attestation d'assurance « responsabilité civile » et « garantie individuelle accident »
- Certificat médical ou document relatif à l'état de santé du jeune (si nécessaire)
- Acte de justice restreignant l'autorité parentale ou relatif au droit de garde (si nécessaire)

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**CONTACTS : Temps péri et extrascolaires (mercredis, vendredis et vacances)**

Tél : 05.65.38.51.58 / 06.45.12.64.77 / [espacejeunes@gramat.fr](mailto:espacejeunes@gramat.fr)

**Inscriptions, annulations :**

**Portail famille : <https://mairiedegramat.portail-familles.net>**

**Sur place : Lors des accueils**

Cadre réservé à l'Espace jeunes :

Saisi le :

Tampon :

T.B

J.B

M.V

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique via le logiciel « Abélium web » (n° déclaration CNIL : 1447977). Cet outil est destiné à la gestion des écoles et des accueils de loisirs de la ville de Gramat. Les services municipaux concernés et leur personnel, sont destinataires des données.

Conformément à la loi « du 20 janvier 2018 relative au Règlement général de Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant directement aux services municipaux concernés. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
 ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

L'Espagnol 01/04/08/2008