



# SERVICE JEUNESSE CCDB

## ACTIONS JEUNESSE INTERCOMMUNALES

Mais que fait le « Service Jeunesse » ?!

Accueil jeunes « ESPACE JEUNES COMCOM » : Situé au rez-de-chaussée de l'ancien collège derrière le CAEM, nous accueillons collégiens et lycéens du Lundi au samedi en période scolaire

(Lundi, mardi, jeudi, vendredi: 15h30-17h30 / mercredi: 11h30-17h / samedi : Sur projet et RDV).

Sur place, baby-foot, ping-pong, accès WiFi, la buvette « Drink Box », animations, accompagnement aux devoirs, etc. **Une soirée par mois**, le vendredi soir ! Le mercredi, les jeunes peuvent nous rejoindre avec un pique-nique dès la sortie du collège. Les mercredis après-midis, en plus de l'accueil libre, des activités thématiques sont proposées.

Séjours : Chaque année, nous organisons plusieurs séjours, à la montagne, à la mer, à l'étranger, à dominante sportive, culturelle, avec parfois une rencontre avec un autre groupe de jeunes.

Ces séjours peuvent être organisés par les jeunes, avec le soutien des animateurs.



Séjour culturel en Camargue, Juillet 2021

Chantier-séjour : Chaque été, des chantiers sont organisés pour les jeunes de 14 à 17 ans afin qu'ils collectent une somme d'argent à déduire d'un séjour qui leur est réservé.

Vacances scolaires : Lors de chaque période de vacances, l'espace jeunes propose une semaine à thème pour les 10/13 ans (la passerelle) et une autre pour les 14/17 ans. Des sorties, des soirées, des événements, ...



Sortie raquette Février 2021

PRAPJ : Notre structure est labellisée « Point Ressources Accompagnement de Projets de Jeunes ». Nous pouvons donc soutenir et accompagner tous les projets de jeunes, y compris dans la recherche de financements. Cette action est transversale à toutes les autres et concernent donc tous les jeunes, à tout moment. Par exemple, un séjour à Hossegor a été organisé par un groupe en 2021.

PDN: Créer, maintenir le lien, écouter, conseiller, soutenir : les Promeneurs du Net, c'est une autre manière d'être en relation avec les jeunes à travers Internet et les réseaux sociaux.

Aux collèges : nous sommes présents tous les jeudis midis au collège de Dieulefit pour rencontrer les jeunes, les informer des actions à venir.

Nous intervenons aussi, sur les deux collèges du territoire (Dieulefit et Cléon d'Andran) pour proposer des animations (WebRadio, actions de prévention contre la violence, le tabagisme, la sexualité etc.) et des temps d'échange avec les jeunes.



Séjour sport nature en Corrèze juillet 2021

## Pourquoi s'inscrire au « Service Jeunesse CCDB » ?

Parce que l'inscription est obligatoire pour participer à toutes nos activités et accéder à tous nos accueils. Cette inscription permet aussi à notre assurance de couvrir les jeunes en cas de problème.

## Combien coûte l'inscription ? Nouveauté 2021 2022

- Adhésion unique : 8 €, elle donne accès à toutes nos activités: Espace jeunes en semaine, soirées, sorties, ainsi que nos séjours et mini-séjours pour toute l'année ( jusqu'au 31 Aout 2022).

## Quotient familial

Toutes nos activités payantes sont soumises à un barème tarifaire correspondant à votre quotient familial.

Les barèmes se répartissent de la manière suivante :

Quotient Familial	0 à 565	566 à 900	901 à 1200	+ de 1200
Tarifs	Tarif 1	Tarif 2	Tarif 3	Tarif 4
Coût Famille	45 %	55 %	65 %	75 %
Coût Comcom	55%	45%	35%	25%

## Modalités de paiement

Les règlements peuvent se faire en espèces, par chèque (à l'ordre de « ALSH ADOS CCDB ») ou par chèque-vacances.

## Nos règles de vie

Art. 1 Les adhérents pourront sur les temps d'accueil et d'activité, au sein de l'accueil jeune, rentrer et sortir à leur guise. Les encadrants ne pourront être tenus pour responsables de leurs actions en dehors de l'enceinte ou des lieux d'activité.

Art. 2 Chaque participant doit indiquer son arrivée et son départ sur la fiche de présence.

Art. 3 Toute participation aux actions jeunesse implique un savoir-être et un savoir-vivre basés sur une communication saine, sans vulgarité ni cri, un respect des autres, sans jugement ni moquerie, et du matériel (locaux, mobilier, jeux, etc.). Toute dégradation engagera la responsabilité civile des personnes concernées.

Art. 4 Il est interdit de fumer, de « vapoter », d'introduire et de consommer de l'alcool et des substances illicites à l'intérieur et à proximité de nos locaux et durant nos activités.

Art. 5 Les objets personnels sont acceptés dans la mesure où ils ne gênent pas le fonctionnement. En cas de perte, de vol ou de dégradation, la communauté de communes ne peut être tenue pour responsable.

Art. 6 En cas de non-respect de ce règlement, l'animateur contactera les représentants légaux des jeunes et pourra exclure ces derniers temporairement ou définitivement de l'accueil.



C.C. Dieulefit-Bourdeaux, Service Jeunesse, 8 rue Garde de Dieu, 26220 Dieulefit



Elodie : 06 70 47 34 81 Mélanie: 06 45 75 03 08 Bureau : 04 75 46 95 08



ccpd.jeunesse@orange.fr



Service Jeunesse ComCom Dieulefit Bourdeaux



ECCDB



Service jeunesse dieulefit bourdeaux



# BULLETIN D'ADHESION 2021/2022

NOM DU JEUNE: .....PRÉNOM: .....

TÉLÉPHONE DU JEUNE: .....

MAIL : .....

DATE DE NAISSANCE:        /        /        ÂGE (AU 30 JUIN 2022) : .....

COMMUNE DE RÉSIDENCE: .....

RESPONSABLE LEGAL :	Père, Mère, Tuteur, Autres <sup>(1)</sup>	Autre parent (préciser) :
Nom, Prénom		
Adresse		
Code postal, commune		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. travail		
E-Mail		
N° de sécurité sociale		
Assurance familiale		
Allocataire <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Merci de cocher N° Allocataire :		
Nom et prénom du parent allocataire		
Quotient familial actuel		

**IMPORTANT : pour bénéficier des tarifs adaptés à votre quotient familial, un justificatif MSA (ou autre régime) de l'année en cours est à nous fournir obligatoirement. Pour les allocataires CAF, le numéro d'allocataire peut suffire.**

## **AUTORISATION de consultation du dossier CAF sur CAF partenaire (CDAP):**

J'autorise la direction de la structure à consulter notre dossier CAF , afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières : ☐ OUI ☐ NON

## **AUTORISATION DE CAPTATION ET DIFFUSION D'IMAGES :**

J'accepte que dans le cadre des activités jeunesse, des enfant figure soient diffusées au public par l'intermédiaire de différents supports de communication intercommunale (Revue, Kiosque, site Internet) et presse locale : ☐ OUI ☐ NON

## **CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES :**

La Communauté de Communes Dieulefit Bourdeaux collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Celui-ci permet la gestion des structure scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre. J'accepte le traitement de ces données (celles-ci ne sont jamais diffusées), en cas de refus, veuillez vous rapprocher de nos services : ☐ OUI ☐ NON

Je, soussigné(e) ..... responsable légal de .....déclare :

- l'inscrire au Service Jeunesse de la CCDB,
- avoir pris connaissance et accepter les règles de vie du Service Jeunesse,
- donner mon accord pour la pratique des activités organisées par le service jeunesse de la communauté de communes Dieulefit-Bourdeaux.

Fait à ..... , le .....

Signature du jeune

Signature du représentant légal



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopie**

VACCINS OBLI- GATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAP- PELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de jeunes ou au séjour ? Oui ☐ non ☐

Si OUI, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHME ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES ☐ non ☐ AUTRES : .....

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

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE :

Pratique sportive : ☐ OUI, précisez : ..... ☐ NON

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

TAILLE : ..... POIDS : ..... POUTURE : .....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐

TOUTE AUTRE RECOMMANDATION (ex : qualité de peau, crème solaire) :

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ☐ non ☐

### 5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE ..... CODE POSTAL / COMMUNE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

TRAVAIL : ..... AUTRE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

Je soussigné(e), ..... responsable  
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... Signature : .....