

# Accueils de Loisirs

carcassonne  
SOLIDARITÉ agglo

Dossier d'inscription AL Ados  
Rentrée scolaire 2015/2016



+ d'infos

[www.carcassonne-agglo.fr](http://www.carcassonne-agglo.fr)



# Accueils de Loisirs Ados

## 12 - 17 ans

Des groupes d'adolescents accueillis sur différentes types de structures :

### Nos Centres Sociaux

- ▶ **Centre Social Jean MONTSARRAT**  
Avenue Jules Verne 11000 CARCASSONNE  
04 68 47 85 73 / [cs.montsarrat@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:cs.montsarrat@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **Centre Social Max SAVY**  
1 rue du Moulin de la Seigne 11000 CARCASSONNE  
04 68 71 14 32 / [cs.max-savy@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:cs.max-savy@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **Centre Social de TRÈBES**  
Chemin de la Lande 11800 trèbes  
04 68 24 01 37 / [cs.trebés@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:cs.trebés@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **Centre Social La Roseraie**  
10 rue Alexandre Guiraud 11000 CARCASSONNE  
04 68 72 89 40 / [cs.roseraie@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:cs.roseraie@carcassonne-agglo-solidarite.fr)

### Nos Accueils de Loisirs

- ▶ **AL Ados Cavanac, Leuc, Couffoulens**  
06 10 09 32 59 / [ados.clc@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.clc@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Pennautier**  
06 22 73 84 83 / [ados.pennautier@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.pennautier@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Pezens**  
06 18 47 51 59 / [ados.pezens@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.pezens@carcassonne-agglo-solidarite.fr)

### Infos Pratiques

#### Dossier d'inscription

Un dossier d'inscription est disponible sur les différents AL Ados notifiés ci-dessus. Ce dossier a une durée de validité d'un an. Remplissez-le intégralement, joignez les photocopies des pièces demandées et ramenez-le aux responsables Ados, qui vous renseigneront sur les tarifs, les jours de fonctionnement, les horaires, les plannings d'activité...

#### Pièces à fournir

- ▶ La fiche sanitaire et de liaison ci-jointe dûment remplie,
- ▶ Un justificatif du numéro allocataire CAF ou MSA
- ▶ Une attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire nominative mentionnant la période de validité. A noter : il est de l'intérêt des mineurs
- accueillis d'avoir souscrit un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.
- ▶ Photocopie de la carte d'identité du jeune accueilli (facultatif)
- ▶ Règlement intérieur ou charte de la structure fréquentée dûment

- signé (se rapprocher de la structure accueillante)
- ▶ Pour les activités aquatiques, il sera demandé une attestation de natation signée par un Maître-Nageur Sauveteur (MNS)
- ▶ 2 photos d'identité (seulement pour l'activité de l'AL Ados « Pass'Ados »)

- ▶ **AL Ados Villemoustaussou**  
06 18 47 51 96 / [ados.villemoustaussou@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.villemoustaussou@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Conques**  
06 30 52 06 98 / [ados.conques@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.conques@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Cazilhac**  
06 18 33 47 38 / [ados.cazilhac@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.cazilhac@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Palaja**  
06 72 51 99 01 / [ados.palaja@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.palaja@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Rustiques**  
06 70 59 94 68 / [rustiques.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:rustiques.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados secteur Alzonne**  
06 89 33 36 20 / [alzonne.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:alzonne.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Alairac**  
06 84 23 68 30 / [ados.alairac@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.alairac@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Caux et Sauzens**  
06 87 37 09 26 / [ados.conques@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.conques@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados de Rouffiac d'Aude**  
06 89 82 38 75 / [ados.rouffiac@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.rouffiac@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Lavalette**  
06 29 45 19 68 / [ados.lavalette@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.lavalette@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Montredon**  
06 19 59 48 68 / [ados.montredon@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.montredon@carcassonne-agglo-solidarite.fr)
- ▶ **AL Ados Caunes**  
06 73 30 54 52 / [ados.caunes@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:ados.caunes@carcassonne-agglo-solidarite.fr)

#### Droit de communication

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'inscription de votre enfant. Elles peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Accueil des mineurs. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer un droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de vous adresser au service des inscriptions.

**AL ADOS « PASS'ADOS »**  
06 78 40 14 60/04 68 72 62 73  
[pass.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr](mailto:pass.ados@carcassonne-agglo-solidarite.fr)

# Fiche individuelle de renseignements

## Année Scolaire 2015/2016

A compléter et à nous retourner rapidement

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
 AL Ados de : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration	
Date / signature :	Assurance :
_____	_____
_____	_____

N° CAF : .....  
 ou MSA : .....

### RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

Responsable 1 : Père Mère Autre : ..... <sup>(1)</sup>	Responsable 2 : Père Mère Autre : ..... <sup>(1)</sup>
E-mail : _____	E-mail : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal : _____ Ville : _____	Code postal : _____ Ville : _____
Domicile : _____	Domicile : _____
Travail : _____	Travail : _____
Portable : _____	Portable : _____
Foyer où réside l'enfant : Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Précisez _____	
Appliquez-vous une garde alternée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui, fournir un document précisant les modalités	
Nom de l'accueillant : _____  Téléphone : _____	
Adresse où réside l'enfant : _____	
<b>PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ÊTES PAS JOIGNABLE</b>	
1 - Nom : _____  Domicile : _____  Travail : _____	
2 - Nom : _____  Domicile : _____  Travail : _____	

### AUTORISATIONS DE SORTIES

J'AUTORISE mon enfant mineur à quitter seul l'accueil de loisirs adolescents

Mercredi et Vacances : Oui  Non

Les soirs des jours scolaires : Oui  Non

**PERSONNES POUVANT RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT**

1 - Nom : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

2 - Nom : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

3 - Nom : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

4 - Nom : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

### COMMUNICATION

- J'AUTORISE, la publication éventuelle de la photographie de mon enfant dans la presse locale ou dans les supports de communication de l'Agglo (plaquettes, affiches...) et tous supports numériques.
- JE N'AUTORISE PAS le CIAS Carcassonne Agglo Solidarité à utiliser les images photographiques ou numériques de mon enfant.

J'atteste avoir pris connaissance et compris les conditions générales de fonctionnement de l'AL,  
 (1) entourez la réponse correspondante (2) Cochez la ou les mention(s) utile(s)  
 (3) Faire précéder de la mention «Lu et approuvé» \_\_\_\_\_

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire  
 Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant

**Certifié exact,**

à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Nom et signature  
 du responsable légal  
 de l'enfant<sup>(3)</sup> :



# Fiche sanitaire de liaison

Année Scolaire 2015/2016  
A compléter et à nous retourner rapidement

Concernant l'Ado

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dates Derniers Rappels	Vaccins facultatifs	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Méningite	
		BCG	
		Autres (préciser) :	

Renseignements médicaux concernant l'enfant : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cochez)

rubéole	varicelle	angine	coqueluche	otite	scarlatine	oreillons	rougeole	rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Santé de l'enfant

Votre enfant présente-t-il une allergie ?

Asthme :  Médicamenteuse :  Alimentaire :  Autres :

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) scolaire ? Oui  Non

Situation particulière de votre enfant :

Si votre enfant présente une allergie, une situation particulière... un Projet d'Accueil Individualisé doit être établi. Ce P.A.I est fait dans l'intérêt de l'enfant ceci afin de permettre la meilleure des prises en charge.

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, etc) si oui

Précisez .....

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) Mme, Mr :

Responsable légal de l'enfant : Autorise le responsable légal de l'Accueil de Loisirs, au cas où mon enfant serait victime d'un accident, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De le conduire ou faire conduire celui-ci auprès des services médicaux compétents (en tout état de cause, la famille sera alertée simultanément) et m'engage à rembourser les frais éventuels engagés par le C.I.A.S «Carcassonne Agglo Solidarité».

En cas d'hospitalisation temporaire (service urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit

(article 55 du décret du 14 Janvier 1974)

En conséquence, le responsable de l'AL sera autorisé à reprendre mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des AL

**Certifié exact,**

Nom et signature du responsable légal de l'enfant. Faire précéder de la mention «Lu et approuvé»

à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

## Certificat médical

Je soussigné(e)..... docteur en médecine,  
Certifie que l'enfant ne présente aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse, est apte à vivre en collectivité, est à même de pratiquer les activités physique de pleine nature,  
exception faite de :

L'organisation décline toute responsabilité en cas de contre-indication non mentionnée.

Signature et cachet du praticien,

à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

