

Centre itinérant de pratiques artistiques jeunes. http://artscenesetcie.fr

18, place de l'église 46400 Saint-Céré

Tél. 05.81.48.01.62 – artscenes46@yahoo.fr

Fiche d’inscription au séjour « **Pourquoi j’ai mangé mon père** » 11-14 ans

**Du 20 juillet au 1 août 2015** et du ***16 au 18 avril***

Avec hébergement à Saint-Vincent-du-Pendit.

 Renseignements et inscriptions : 05 81 48 01 62

Le stage expliqué aux jeunes :

Séjour de création d’une pièce de théâtre et d’animations scientifiques avec sa tournée de représentations et ses expériences partagées.

La pièce de théâtre est hilarante : Au temps de la préhistoire avec une famille des plus modernes de ces temps éloignées. Ernest, un jeune homme, raconte les aventures de sa famille et en particulier de son père Edouard, toujours à l’affût d’innovations et d’expérimentations techniques … Le plus de ce séjour de création :

Découvertes multiples de défis scientifiques et représentations devant d’autres enfants à Saint-Vincent-Du-Pendit, Pech-Merle, Cajarc…

Infos pratiques :

Le stage accueillera 20 jeunes de 11 à 14 ans. Une session de préparation au séjour est proposée du 16 au 18 avril en hébergement à Bouillac (vallée du Lot)- vous recevrez une confirmation pour cette « extension » au projet qui dépend d’une subvention.

Le rendez-vous aura lieu le lundi 20 juillet 2015 à la ferme des Cerisiers de Saint Vincent du Pendit, à partir de 8h30 jusqu’à 9h30. L’hébergement se fera sous tente. Prévoir les vêtements nécessaires (voir ***fiche trousseau*** pour les vêtements), une lampe de poche, un bon duvet et un tapis de sol sont recommandés. Prévoir en plus un petit sac à dos avec gourde, casquette et de bonnes chaussures.

Le campement sera installé au cœur de la ferme des cerisiers qui comprend un bloc sanitaire et une cuisine d’été en extérieur. Une salle de repli et d’activités est prévue en cas d'intempérie.

Les familles sont invitées à venir assister aux représentations.

Dossier à retirer au bureau ou par mail, à envoyer 10 jours avant le début du séjour **au plus tard**, à l'adresse de l'association. Pour être retenu, le dossier complet comprendra :

* Bulletin d’inscription
* Fiche sanitaire de liaison, dûment remplie recto-verso et signée
* Photocopie de l’assurance extra-scolaire 2014/2015.
* Paiement du séjour et de la cotisation (nous vous remettrons une facture)

 Possibilité d'échelonnement du paiement.

 Pour les fratries : - 10 % dès le deuxième enfant

Nous accordons également une réduction de 5 % pour les enfants inscrits à notre l’ALSH.

 Titres de paiement acceptés : réduction CAF, MSA, CE, chèques vacances, Conseil Général …

Tarif pour 16 jours selon Quotient Familial :

A/ QF de 0 à 430 : En attente subvention du projet

B/ QF de 430 à 750 : En attente

C/ QF de 750 à 1500 : En attente

D/ QF supérieur à 1500 : En attente

Nous vous prions de régler intégralement le séjour avant qu’il ne débute. N’oubliez pas d’inscrire au dos du chèque le nom de l’enfant. Si vous réglez avec plusieurs chèques, datez-les du jour mais écrivez au dos, les dates échelonnées de dépôt souhaité. Vous devez impérativement fournir les justificatifs CAF, MSA, CE, chèques vacances, Conseil Général au moment de l’inscription.

****

Règlement intérieur pour les sejours (mise à jour 2015)

objets de l'association

- Organisation d’animations socioculturelles.

- Formations artistiques sous forme de stages, ateliers, classes de découvertes et séjours.

- Création et diffusion de spectacles professionnels ou non professionnels.

fonctionnement général

1-Le centre d’accueil itinérant jeunes présente, pour chaque session, un projet pédagogique et un projet de fonctionnement (horaires, lieux, activités, règles de vie).

2- Les enfants doivent apporter des affaires adaptées aux activités et au temps : (le trousseau). Il est souhaitable que les vêtements soient marqués au nom de l’enfant.

3-Les enfants ne doivent apporter ni objet dangereux ou de valeur, ni jouet. L’équipe d’animation décline toute responsabilité en cas de perte ou de détérioration (y compris téléphones, tablettes, appareils photos). En outre, si l'enfant apporte (avec le consentement de son animateur) son instrument de musique ou une tente pour participer à l'activité, Arts Scènes et Compagnie s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à son bon usage ou s'engage à son remplacement s’il y avait détérioration.

4- En cas de traitement médical, les animateurs ne peuvent administrer une médication que si elle est attestée par un certificat médical, accompagné de l’ordonnance correspondante.

5- Responsabilité des accompagnants du jeune : Le matin, l’enfant est confié personnellement au responsable de la structure par les parents ou la personne habilitée. Le dernier jour, l’enfant repart avec le parent ou la personne habilitée inscrite sur la fiche d'inscription, qui se présente au responsable du centre itinérant. Seuls les enfants munis d’une autorisation parentale pourront repartir non accompagnés.

annulation de stage

- Tout parent qui annule un stage dans les 10 jours précédant le début des activités pourra être remboursé par l'association Arts Scènes et Compagnie. Au-delà de ce délai, l'association gardera l'acompte de 30%, hormis si cette décision est motivée par un certificat médical ou un problème d'ordre personnel très sérieux.

- L'association Arts Scènes et Compagnie se réserve le droit d’annuler un stage ou une activité si le nombre des participants est insuffisant. Dans ce cas, l'association s'engage à prévenir les personnes inscrites au plus tard 8 jours avant le début des activités.

vie de l’association :

Toute famille ayant un enfant inscrit est adhérente de fait ; chaque adhérent peut participer sur le centre de loisirs itinérant.

-L'assurance de l'association M A I F, couvre la responsabilité civile des bénévoles et des utilisateurs.

-Des commissions permettant la réalisation du projet de l'association sont mises en place pour les adhérents : commission pour les activités de loisirs (ALSH); commission pour l'organisation des animations culturelles; commission des prestations pédagogiques et commission pour la compagnie professionnelle. Les adhérents peuvent être informés des dates de réunions en en faisant la demande.

-Les bénévoles participant à l'encadrement de certaines activités doivent nous remettre leur identité complète avec lieu et date de naissance le plus tôt possible.

-Les bénévoles actifs et les salariés sont tenus à la clause de confidentialité concernant les jeunes accueillis.

-Les bénévoles peuvent être remboursés de frais engagés sur présentation de justificatifs accompagnés d’une fiche de note de frais dûment rempli pour la comptabilité.

-Tous les adhérents peuvent voter à l'AG, et ceci à partir de 15 ans.

-Tous les adhérents peuvent demander par mail les statuts et CR des assemblées générales.

|  |
| --- |
| Bulletin d’inscriptionSéjour « **Pourquoi j’ai mangé mon père** » Du 20 juillet au 1er août 2015 * *Partie à remettre à Arts Scènes et Compagnie* ***-***
 |

Je soussigné(e) Mme M.………………………………………….……………………………………..….…

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………....

Mail : ………………………………………………@……………..…………………….………….………….

Téléphone :…………………………………….. Mobile ………………………………………….………….

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s)

Fille/Fils……………………………………………………Né(e) le………………………………………….

Fille/Fils……………………………………………………Né(e) le………………………………………….

L’adhésion familiale annuelle de 16 € est obligatoire.

N° de chèque pour l'adhésion ………………………..……….ou n° adhésion 2015………………………….

Mon enfant fréquente aussi l’ALSH d’Arts Scènes et Compagnie oui non

Pour le calcul à partir du quotient familial :

N° d’allocataire CAF ……………………Nom du parent allocataire : ………………………………………

Atteste avoir reçu et accepte le règlement intérieur du séjour ; Atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison. Date et Signature des parents :

|  |
| --- |
| Cadre réservé à l’association :Montant adhésion : Montant stage(s): Total perçu :Paiements : Chèque Autre : Reçu le :Reste à percevoir : Chèque Autre : Reçu le :Fiche sanitaire de liaison oui nonPhotocopie de l’assurance extra scolaire 2014/2015 oui non |

Cer*f*a

 **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

N°10 008\*01

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRAIENT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

1. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PRENOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :

FILLE

GARCON

 SEXE :

2. VACCINATIONS A remplir d'après le carnet de santé de l'enfant.

ANTIPOLIOMELITIQUE-ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE-ANTICOQUELUCHE

DATES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

VACCINS PRATIQUES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Précisez s'il s'agit :

Du DT polio

Du DT coq

D'une prise polio

Hépatite B Rappels

ANTIVARIOLIQUE

 DATES

 VACCIN \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 1erRAPPEL \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

AUTRES VACCINS

VACCINS DATES

PRATIQUES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ANTITUBERCULEUSE BCG

 DATES

1er VACCIN \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

REVACCINATION \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATES

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATURE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INNJECTIONS DE SERUM

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

SCARLATINE

OREILLONS

RHUMATISMES

ROUGEOLE

ANGINES

ASTHME

VARICELLE

OTITES

RUBEOLE

COQUELUCHE

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN INDIQUANT LES DATES :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations…)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACTUELLEMENT L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

OUI

NON

SI OUI LEQUEL ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si l’enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n’oubliez pas de joindre l’ordonnance de médicaments.*

OUI

PARFOIS

NON

L’ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

5. RESPONSABLE DE L’ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PRENOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERE DOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MERE DOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE autorisée à prendre l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NON

OUI

L’ENFANT PEUT-IL PARTIR SEUL ?

N° DE SS : /\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Centre payeur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° CAF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du parent allocataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) responsable de l’enfant :

-Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (hospitalisation…) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

-Autorise Arts Scènes et Cie à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre d’une communication interne ou externe (bilan d’activité, article de presse, diaporamas…) ainsi que pour la réalisation des spectacles (court métrage, reportage, spectacle…

-Autorise le centre à transporter mon enfant dans le cadre de ses animations.

Fait le Nom et signature