

Centre itinérant de pratiques artistiques jeunes 18, place de l'église 46400 Saint-Céré

Tél. 05.81.48.01.62 – mail : [artscenes46@yahoo.fr](mailto:cipaj@free.fr) http://artscenesetcie.fr

Fiche d’inscription au séjour : **« Odyssée 2015** » Stage de création pour les 15-17 ans

**Du 03 au 22 août 2015** (20 jours)

Création dans le cadre d’un projet Erasmus + (échange européen de jeunes)

Renseignements et inscriptions : 05 81 48 01 62

Le stage expliqué aux jeunes :

Un stage autour du thème des civilisations et de leur avènement. Les jeunes créeront une « comédie d’expressions » en utilisant divers supports artistiques comme le mime-théâtre, le chant, la danse et la vidéo (entre autres). Cette Odyssée prendra la forme d’un voyage dans le temps et dans les méandres de l’espèce humaine. La moitié du groupe sera composée de jeunes espagnols.

Le plus du séjour : Grande tournée de représentations à Saint-Céré, le mardi 18 août au jardin public à 21 heures. A Latronquière, le mercredi 19 août à 20h30 à l’Espace Culturel. Au festival de théâtre d’Aurillac, les jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 août, au cours du Collos (pastille 16) à 21 heures.

Infos pratiques :

Le stage accueillera des jeunes de 15 à 17 ans.

Le rendez-vous aura lieu le lundi 3 août à la ferme des Cerisiers de Saint Vincent du Pendit à partir de 8h30.

L’hébergement se fera sous tente. Prévoir les vêtements nécessaires (voir **fiche trousseau** pour les vêtements), une lampe de poche et un bon duvet avec un tapis de sol sont recommandés. Prévoir en plus, un petit sac à dos avec gourde, casquette, mouchoirs et de bonnes chaussures.

Le campement sera installé au cœur de la ferme des cerisiers avec toilettes sèches et douches solaires. Un repli est prévu en cas d'intempérie.

En cas de traitement médical, fournir une photocopie de l’ordonnance.

La fin du stage aura lieu le samedi 22 août à Aurillac. Les familles sont invitées à venir assister aux représentations.

Dossier à retirer au bureau ou par mail, à envoyer **2 mois avant le début de séjour** au plus tard à l'adresse de l'association. Le dossier complet pour être retenu comprendra :

* Bulletin d’inscription daté et signé.
* Fiche sanitaire de liaison dûment remplie recto-verso et signée.
* Photocopie de l’assurance extra-scolaire 2014/2015.
* Paiement à régler à l’inscription avec la cotisation ; une facture vous sera remise.

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 3 semaines selon le Quotient Familial :

A/ QF de 0 à 430 : 90 €

B/ QF de 430 à 750 : 105 €

C/ QF de 750 à 1500 : 135 €

D/ QF supérieur à 1500 : 165 €

|  |
| --- |
| 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 si 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’inscription  Séjour « **Odyssée 2015** » Du 3 au 22 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 non  Photocopie 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