

Point Accueil Jeunes PAJ
13110 PORT DE BOUC
☎ Accueil : 04 42 40 65 87
Direction : 06 19.95.36.56
Animation : 07 76 69 97 10
✉ paj@portdebouc.fr



INSCRIPTION 2025-2026

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Numéro CAF :

Snapchat :	Tél du jeune :	Tél parent 1 :	Tél parent 2 :
---------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Mail :@.....

Documents à fournir

- **Attestation de responsabilité civile**
- **Autorisation parentale (dans le dossier)**
- **Autorisation de soins (dans le dossier)**
- **Autorisation de prise et diffusion de l'image (dans le dossier)**
- **Fiche sanitaire + copie des pages de vaccinations du carnet de santé (si besoin copie au PAJ)**

- **Certificat Médical : obligatoire à partir de septembre 2025**
 - Apte à la vie en collectivité.
 - Apte aux activités Sportives.
 - Apte à la pratique du ski.
 - Apte aux activités en Eaux de Vives

- **Une cotisation annuelle ci-joint le détail des tarifs**

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE
ET DE DIFFUSION**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur.....responsable légal(e) de
(nom, prénom de l'enfant)demeurant au
.....
autorise :

-la prise de vue de l'image et de la voix **du mineur** prise dans le cadre des activités organisées par la
ville de Port de Bouc

-la reproduction et la diffusion de sur tous les supports de de communication (facebook, Port d'attache,...)

Fait à.....le/...../20.....

Signature :



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

☎ :

📞 :

Autorise mon enfant, nom : prénom :, né(e) le
...../...../20.....à :

-participer aux sorties et activités organisées par le point accueil jeunes de la ville de Port de Bouc (sortie journée, soirées et séjours)

-à rentrer seul(e) en journée : - oui - non (rayer la mention inutile)

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du point accueil jeunes.

Signature :

Fait à Port de Bouc le :



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (nom, prénom, du responsable légal)

En cas d'accident de (nom prénom de l'enfant)

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Les encadrants du Point d'accueil jeunes de la mairie de Port de Bouc à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Autre personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Taille :

Pointure :

Poids :

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Point Accueil Jeunes de Port De Bouc



Accueil, Françoise : 04 42 40 65 87

Nassim : 06.19.95.36.56

Hocine : 07 76 69 97 10



paj@portdebouc.fr



Inscriptions : mercredi de 14H00 à 19H00

Vendredi de 14H00 à 19H00



paj-13110

Tarifs d'inscription Point Accueil Jeunes

A compter du 1^{er} septembre 2024

Pour toute nouvelle adhésion ou renouvellement les tarifs d'inscription de l'Accueil jeunes seront applicables tels qu'indiqués dans le tableau ci-dessous à compter du 1er septembre 2024.

Désignation	Tarifs			Accès
	QF1 <800	QF2 >800 <1200	QF3 >1200	
Cotisation pour l'année scolaire	8€/an	10€/an	12€/an	Permet de s'inscrire aux activités prévues dans la programmation (activités, événements gratuits et payants)
Activités sans hébergement nécessitant une participation financière	3€/activité ou journée	5€/activité ou journée	7€/activité ou journée	Des activités sont programmées : * les mercredis après-midis, vendredis soirs et samedis en journées ou soirées (hors période de vacances scolaires.) *Tous les jours et en soirées (pendant les vacances scolaires.)
Mini séjour et séjour avec hébergement	8€/jour Activités comprises	10€/jour Activités comprises	12€/jour Activités comprises	Des séjours sont organisés à chaque période de vacances scolaires.