

# Activités jeunesse

11-18 ans

Vacances  
d'Hiver

## Inscriptions

**Samedi 17 février de 10h à 14h (non-stop)**

**Communauté de communes à Blâmont**

Retrouvez le détail des activités proposées et  
les horaires pour le transport sur les sites suivants :

Page Facebook  
"Jeunesse  
Vezouze Piémont"

[www.cc-vezouze.fr](http://www.cc-vezouze.fr)

[www.piemontvosgien.fr](http://www.piemontvosgien.fr)



# Activités à la semaine

## < Zik' et Loisirs

du 26 février au 2 mars



**Au programme :** ateliers rythmiques, initiation au Hip-Hop et à la Street dance, piscine, bowling, sortie à Center Parcs...

40€ la semaine

21 € pour les familles bénéficiaires de l'Aide aux Temps Libres de la CAF

## < Fun et Loisirs

du 5 au 9 mars



**Au programme :** atelier graph', match d'improvisation, lasergame, patinoire, sports collectifs en salle ...

40€ la semaine

21 € pour les familles bénéficiaires de l'Aide aux Temps Libres de la CAF

**Inscription à la semaine - Nombre de places limité**

(prévoir les repas de midi)

Transport les matins et soirs possible  
depuis les communes du territoire (à préciser lors de l'inscription)  
Départ depuis l'arrêt de bus de la commune et retour à domicile

# Sorties

## < Soirée jeux de société ou karaoké (au choix)

**Jeudi 8 mars - Blâmont**

De 18h à 20h30

1€ (tarif unique)

## < Soirée cinéma\*

**Jeudi 1<sup>er</sup> mars - Sarrebourg**

Départ à 18h30

5,00 €

1,20 € (ATL CAF)

Transport possible  
(à préciser lors de l'inscription)

Pas de transport depuis le domicile,  
départ depuis la communauté de  
communes à Blâmont.

# Inscriptions

**Samedi 17 février de 10h à 14h (non-stop)  
à la communauté de communes à Blâmont**

à partir du 19 février,  
dans les locaux de la communauté de communes :

- à **Badonviller** (1 Avenue Colonel de la Horie)
- à **Blâmont** (38 rue de Voise)
- à **Cirey-sur-Vezouze** (10 Place Chevandier)

L'inscription ne sera valide que si le dossier est complet, il doit comporter :

- la fiche d'inscription et la fiche sanitaire de liaison (en fin du document)
- et le règlement (espèces ou chèque à l'ordre du Trésor Public)

NB : Les demandes reçues par mail ou téléphone ne seront pas traitées.

# à NOTER :

< **Les associations locales** proposent des activités pour les enfants, les jeunes et les familles (sorties/ateliers à la journée, à la 1/2 journée ou en soirée)

**Voir le programme diffusé par le CAJT**

+ d'infos :

Jean-Baptiste CRÉMEL 06.32.28.86.78

Bruno CHAMPAGNE 03.83.71.45.76

< **Accueils de loisirs** : (à partir de 3 ans)

**BLÂMONT** du 26 février au 9 mars

Les animatrices de Scoubidou accueillent les enfants de 3 à 11 ans dans les locaux de l'accueil périscolaire.

+ d'infos : Ingrid PIERRE au 03.83.42.86.69

Syndicat Scolaire du Blanc Mont

**BADONVILLER** du 26 février au 9 mars

L'association Familles Rurales propose un accueil de loisirs dans les locaux de l'accueil périscolaire.

+ d'infos : Aurore L'HÔTE au 07.84.27.84.85

Association Familles Rurales

# Dossier d'inscription

Prénom de l'enfant

NOM

Date de naissance

.....

Prénom et nom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

.....

Mail : .....

N° allocataire CAF : .....

Autre : .....

(MSA, SNCF...)

Je bénéficie de l'Aide au Temps Libre de la CAF

*La déduction de la CAF sera appliquée uniquement sur présentation des justificatifs*

*Pour la MSA, merci de nous fournir les documents à remplir lors de l'inscription (les aides sont directement versées aux familles par cet organisme)*

## Décharge

Je soussigné(e).....,

- Autorise la Communauté de Communes de Vezouze en Piémont à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie.

Si cela nécessite une hospitalisation, je souhaite le transfert à l'hôpital ou à la clinique de .....

- Autorise la communauté de communes à transporter mon enfant
- Atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager 25 m et sait s'immerger dans l'eau
- Accepte que dans le cadre des actions, mon enfant puisse figurer sur les photos ou vidéos et que celles-ci puissent être exploitées par la communauté de communes.

Signature :

Fait à .....

le .....



## Semaines d'activités

“Zik et Loisirs” du 26 février au 2 mars.  Transport  Tarif plein 40€  Tarif ATL 21€

“Fun et Loisirs” du 5 oct. au 9 mars  Transport  Tarif plein 40€  Tarif ATL 21 €

## Sorties

Cinéma Jeudi 1<sup>er</sup> mars  Tarif plein 5€  Tarif ATL 1,20€

Soirée jeux de société/ karaoké Jeudi 8 mars  Transport  Tarif unique 1€

Soit un **TOTAL** de : ..... euros





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

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

**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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... 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.*

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....