



# MAIRIE DE BOHARS

## SERVICE ANIMATION JEUNESSE

### REGLEMENT INTERIEUR

### Année 2025 - 2026



#### Service Animation Jeunesse

Foyer des jeunes  
1, Rue Prosper Salaün  
29820 BOHARS

Mail: [animation-jeunesse@mairie-bohars.fr](mailto:animation-jeunesse@mairie-bohars.fr)

Téléphone: 02 98 37 36 91 / 06 77 19 92 11

02 98 03 59 63

## Le Foyer des Jeunes

Les activités organisées par la ville de Bohars permettent aux jeunes, à partir de leur entrée en CM2 et jusqu'à 17 ans inclus, de participer à différentes sorties durant les vacances (laser-game, bowling, karting...), de découvrir des activités sportives et culturelles sur ou en dehors de la commune.

Pendant les vacances scolaires, des mini-séjours peuvent être organisés.

### DATES ET HORAIRES D'OUVERTURE

**Pendant la période scolaire :** mercredi de **13h30 à 17h30**

**Pendant les vacances scolaire :** du lundi au vendredi de **13h30 à 18h00**

En matinée ou en soirée suivant le programme proposé.

Les horaires peuvent évoluer au cours de l'année suivant les activités et les projets des jeunes.

### RESPECT DES REGLES ELEMENTAIRES

La notion d'ouverture à tous du Foyer des Jeunes implique le respect mutuel des uns et des autres.

Respect du jeune envers les animateurs.

Respect des jeunes entre eux.

Respect du matériel et des locaux.

### LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

La commune est responsable du recrutement, de la formation et de la rémunération du personnel.

Le personnel se compose comme suit:

- ✓ Jean-Philippe Souriment (coordinateur jeunesse, responsable de la structure)
- ✓ Des animateurs, vacataires diplômés
- ✓ Des stagiaires

Cet encadrement peut être renforcé en fonction de la fréquentation et suivant la réglementation en vigueur par d'autres animateurs municipaux.

Afin de prévoir au plus juste le nombre d'animateurs nécessaires au bon fonctionnement des activités, **il est important de prévenir au plus tôt de la venue de votre enfant.**

### COMPORTEMENT

Les usagers du Foyer des Jeunes veilleront à éviter tout débordement de nature à attenter aux notions de respect mutuel indiquées ci-dessus, que ce soit à l'intérieur du foyer ou aux abords.

Tout non-respect du règlement pourra entraîner une exclusion temporaire ou définitive.

## SECURITE

---

Les utilisateurs se conforment aux normes de sécurité en vigueur. Il est interdit d'introduire des produits illicites (alcool, drogues) à l'intérieur du foyer des jeunes.

## LOCAL ET MATERIEL

---

Le local et le matériel seront utilisés avec soin, afin d'éviter toute détérioration. En cas de dommage, il sera demandé le remboursement des frais de remplacement, de réparation ou le versement d'une indemnité correspondant au préjudice causé : « Qui casse, paie ! »

## INSCRIPTION

---

Dossier d'inscription complet à remettre à l'Animateur Jeunesse :

- ✓ Fiche d'inscription
- ✓ Fiche sanitaire de liaison
- ✓ Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin
- ✓ Approbation du règlement intérieur
- ✓ Attestation de responsabilité civile
- ✓ Adhésion

Le dossier doit être dûment complété (fiche d'inscription, fiche sanitaire, signature du règlement intérieur par le jeune et le responsable légal et une attestation de responsabilité civile). Pour une 1<sup>ère</sup> inscription, le dossier doit être remis en main propre au foyer des jeunes.

Les parents peuvent inscrire leur(s) enfant(s) aux activités par mail (**recommandé**), au foyer des jeunes ou à la mairie (1, Rue Prosper Salaün, Bohars) dans la limite des places disponibles. Il est donc fortement recommandé de s'y prendre le plus tôt possible.

## PAIEMENT

---

Adhésion à l'année **de 5€ (de septembre à septembre)**, puis inscription gratuite ou payante suivant les activités proposées à l'ordre de **Régie Tickets Sports Bohars**.

- ✓ Toute absence justifiée (raisons médicales ou familiales) du jeune inscrit à une activité fera l'objet d'un remboursement si l'annulation est faite 48h avant.
- ✓ En cas d'annulation de la part de l'équipe d'animation d'une activité, celle-ci sera remboursée.

## ASSURANCE

---

Conformément à la réglementation, en tant qu'entité organisatrice du foyer des jeunes, la commune de Bohars a souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile, ainsi que celles du personnel encadrant et des participants aux activités proposées.

Les responsables légaux des mineurs concernés sont également informés de leur intérêt de souscrire un contrat d'assurance péri et extrascolaire, plus couvrant que la seule responsabilité civile (défense-recours, individuelle accident...). Si un tel contrat est souscrit pour votre enfant, merci de joindre l'attestation d'assurance à votre dossier d'inscription.

*Ce règlement intérieur a été établi pour accueillir au mieux les jeunes, pour leur offrir des vacances et des loisirs de qualité et pour assurer un bon fonctionnement de l'accueil.*

*Merci de le respecter.*



# MAIRIE DE BOHARS

A RETOURNER

## SERVICE ANIMATION JEUNESSE



Dossier administratif complet:

- ☐ Fiche d'inscription (ci-contre)
- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin
- ☐ Règlement intérieur (A conserver)
- ☐ Approbation du règlement
- ☐ Attestation de responsabilité civile
- ☐ Adhésion annuelle de 5 € à l'ordre de Régie Tickets Sports Bohars.

### FICHE D'INSCRIPTION 2025 - 2026

Nom et prénom du mineur : .....

Date de naissance : .....

Sexe : F M

Adresse : .....

Ville : .....

|                           | Représentant légal 1 | Représentant légal 2 |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom :                     |                      |                      |
| Prénom :                  |                      |                      |
| N° tél fixe :             |                      |                      |
| Mobile :                  |                      |                      |
| e-mail :                  |                      |                      |
| Adresse (si différente) : |                      |                      |

Régime d'affiliation du mineur :

☐ Sécurité Sociale ☐ MSA ☐ Autre (précisez) .....

N° d'immatriculation : .....

Allocataire CAF : n° CAF (important pour le calcul du QF) : .....

Allocataire autre caisse : ..... n° : .....

Assurance scolaire ou responsabilité civile : .....

Mutuelle : ..... N° de Contrat .....

Nom – Adresse – N° tél. du médecin traitant : .....

Votre enfant a-t'il un dossier MDPH

☐ Oui

☐ Non

## **Autorisation parentale**

Ayant pris connaissance du fonctionnement du Service Animation Jeunesse,

je soussigné(e).....

responsable légal du mineur .....

- 1) Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le Service Animation Jeunesse,
- 2) Autorise mon enfant à venir aux activités proposées et à les quitter par ses propres moyens,
- 3) Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'activité à laquelle est inscrit mon enfant,
- 4) Autorise, en cas d'urgence, les organisateurs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant,
- 5) M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,
- 6) Autorise la Mairie à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités:
  - par des moyens de transports collectifs publics (car, SNCF, Bibus),
  - à l'aide d'un minibus mis à disposition par la ville, ou loué par le Service Animation Jeunesse,
- 7) Atteste que j'ai été informé(e) des modalités d'organisation du ou des mini séjours auxquels mon enfant est inscrit,
- 8) Autorise la Mairie à reproduire des photos et/ou vidéos de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du Service Animation Jeunesse,
- 9) Autorise la direction de l'accueil de loisirs à consulter la CAF afin d'obtenir le quotient familial par l'intermédiaire du site CAFPRO,
- 10) Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès ou de rectification des informations vous concernant.

Lu et approuvé

Fait à .....

Le .....

Signature du représentant légal



## APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR DU SERVICE ANIMATION JEUNESSE DE BOHARS

Je soussigné(e) – Nous soussignés

**Père**

Nom – prénom : .....

**Mère**

Nom – prénom : .....

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant : .....

Certifie(ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur du service Animation Jeunesse de Bohars et m'engage (nous engageons) à le respecter.

Fait le .....

A .....

Lu et approuvé

Signature du père

Lu et approuvé

Signature de la mère

Je, soussigné ..... certifie avoir pris connaissance du présent règlement de l'Animation jeunesse de Bohars et m'engage à le respecter.

Signature du jeune

Signature de l'animateur



## RECONDUCTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION DU SERVICE ANIMATION JEUNESSE DE BOHARS

Nom et prénom du mineur : .....

Date de naissance : .....

Sexe : F      M

Adresse : ..... Ville : .....

Le tableau ci-dessous permet de reconduire l'inscription de votre enfant sans refaire entièrement le dossier d'inscription.

**Merci de vérifier et corriger si besoin les éléments inscrits par vos soins (numéro de téléphone, adresse...)**

| Année     | Date et signature<br>du responsable<br>légal 1 | Date et signature<br>du responsable<br>légal 2 | Adhésion<br>de 5 € | Signature de<br>l'animateur |
|-----------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 2025-2026 |                                                |                                                |                    |                             |
| 2026-2027 |                                                |                                                |                    |                             |
| 2027-2028 |                                                |                                                |                    |                             |
| 2028-2029 |                                                |                                                |                    |                             |
| 2029-2030 |                                                |                                                |                    |                             |



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <h2>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</h2> | <p style="text-align: center;"><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: center;">GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 ?

|                                                                                |                                                                               |                                                                              |                                                                                                     |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBÉOLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>    | <b>VARICELLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>ANGINE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   | <b>RHUMATISME<br/>ARTICULAIRE AIGÛ</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>SCARLATINE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| <b>COQUELUCHE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>OTITE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>     | <b>ROUGEOLE</b><br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | <b>OREILLONS</b><br>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.

---

---

---

---

---

---

---

---

**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**

---

---

---