

ESPACE JEUNES

**Ton espace, tes idées,
tes activités**

**11-17
ANS**

**Viens comme tu es !
Transforme
tes idées en
Projet !**



Espace_jeunepb



Espacejeunespb



Espace Jeunes ComCom Pouilly-Bligny

Suis-nous !

L'Espace Jeunes,

c'est quoi ?

**Un lieu de rencontre
pour les 11-17 ans où
tu peux construire
tes projets !**



SE RETROUVER

Un espace convivial pour passer du temps avec tes amis et faire de nouvelles rencontres.



CRÉER

Propose tes idées, monte des projets, participe à des ateliers et à des activités.



DÉCOUVRIR

Des sorties, des séjours, des activités sportives, culturelles ou citoyennes.



S'AMUSER

Soirées, jeux, défis, temps forts... Il y en a pour tous les goûts !



S'EXPRIMER

Ton avis compte ! Ici, tu peux donner tes idées et t'impliquer dans la vie associative !



Où nous trouver ?



Pouilly en Auxois

Espace
Patriarche
21320
Pouilly en Auxois



Bligny sur Ouche

Salle EDA
Gymnase
21360
Bligny sur Ouche



Dans les Collèges

Sur le temps méridien
Pouilly : Mardi/Jeudi
Bligny : Mardi/Vendredi



Quand ?

**Pendant les
Vacances**

Du Lundi au
Vendredi en
fonction du
programme
d'activité

**Pendant les
périodes
scolaires**

Les mercredis :
Pouilly : 13h-18h
Bligny : 11h30-18h
+
Programme
d'activités des
weekend



Comment venir ?

Une navette se déplace dans les villages du territoire pour venir te chercher et te ramener.
Service gratuit - réservation obligatoire

Renseigne-toi !

Pour les non-Adhérents ?

Les mercredis et certains événements sont accessibles à tous ! Ils sont indiqués dans le programme.

Envie de nous rejoindre ?

- 1 Viens nous rencontrer ou contacte nous
- 2 Rempli ton dossier et apporte -le nous
- 3 Et c'est parti !

A très vite !

Contact

06 82 67 02 27 <https://ccpouillybligny.fr/>

espacejeunes@ccpouillybligny.fr

NOUVELLE DEMANDE ESPACE JEUNES

Situation familiale :

Marié ☐

Célibataire ☐

Divorcé ☐

Vie maritale ☐

Parent 1 :

Noms Prénoms.....

Date et lieu de naissance : N° Allocataire CAF :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone Personnel : Téléphone travail :

Adresse Mail : @

Destinataire des factures (Pour les familles séparées ou recomposées) : OUI ☐ NON ☐

Parent 2 :

Noms Prénoms.....

Date et lieu de naissance : N° Allocataire CAF :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone Personnel : Téléphone travail :

Adresse Mail : @

Destinataire des factures (Pour les familles séparées ou recomposées) : OUI ☐ NON ☐

Enfant :

Noms Prénoms.....

Date de naissance :

Une fois votre espace créé par l'Espace Jeunes, vous recevrez un email avec le lien de connexion. Garder le précieusement, (vous pouvez le mettre en favori). Ce portail fonctionne avec un navigateur depuis tablette, ordinateur, smartphone... Il vous permet de :

- Gérer Les membres du foyer et leurs documents (parents, enfants, Personne habilité à récupérer l'enfant...)
- Faire des demandes d'inscriptions
- Visualiser vos factures



AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M ou Mme

demeurant

Noms et prénom de l'enfant :

☐ AUTORISE

Le personnel à véhiculer mon enfant sur les temps d'activités libres et/ou animées.

☐ N'AUTORISE PAS

☐ AUTORISE

Le personnel à photographier, enregistrer la voix ou filmer mon ou mes enfants dans la mesure où ils ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.

☐ N'AUTORISE PAS

☐ AUTORISE

A utiliser les photographies et/ou vidéos où figurent mon ou mes enfants pour la communication de l'Espace jeunes sur les réseaux sociaux (Facebook / snap / Instagram) et les affiches de communication de l'Espace Jeunes.

☐ N'AUTORISE PAS

☐ AUTORISE

Le personnel à laisser mon enfant évoluer en autonomie par groupe de deux jeunes minimums dans le cadre des activités dites « semi-encadrée » type parc d'attraction, foire, salon, fête foraine, visite...liste non exhaustive.

☐ N'AUTORISE PAS

☐ AUTORISE

Le personnel à laisser mon enfant quitter la structure en autonomie :

- Les mercredi en période scolaire
- Lorsque l'activité est terminée

☐ N'AUTORISE PAS

SIGNATURES :

Fait à Le/...../.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant :

Noms Prénoms.....

Date de naissance : Lieu de naissance :

1- VACCINATIONS : (fournir les copies du carnet de vaccination) Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à l'Espace Jeunes. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

Allergies : ☐ OUI ☐ NON

A préciser si oui :

Asthme : ☐ OUI ☐ NON

Autre :

Appareillage (auditif, visuel, dentaire ...) :

Renseignements supplémentaires :

3- COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (Nom, prénom, téléphone, adresse) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SIGNATURES :

Fait à Le/...../.....