



Jeune

NOM :		Prénom :	
Date de naissance :	garçon	filie	âge :
Domicile si autre que responsable légal :			
Responsable légal (e)		Responsable légal (e)	
Nom et Prénom :		Nom et Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Mail :		Mail :	
Tél. fixe :		Tél. fixe :	
Tél.portable :		Tél.portable :	
Profession :		Profession :	
Tél. travail :		Tél. travail :	
Frères et sœurs - Nom et Prénom		Age	
Expérience de vie collective et scolarité			
École fréquentée en 2018 / 2019 :			
École fréquentée à la rentrée de septembre 2019 : Classe :			
a-t-il (elle) participé ?			
à un centre de vacances oui - non à un centre de loisirs oui - non			
Santé			
Date de dernier vaccin (DTPolio) :			
Fournir une copie du carnet de vaccination			
L'enfant à t'il des allergies ? Si oui, précisez : _____			
Fournir le PAI signé avec l'école (Projet d' Accueil Individualisé)			
Observations :			
Nom du médecin traitant et Tél. :			

Horaires de fonctionnement du centre : 8h30 - 17h				Photo
Arrêts de bus Saint Niau		réservé au service		
Renée Raymond		Paul Langevin		
Pablo Picasso			Test aisance aquatique ou brevet 25 m	
		certificat médical		
Inscription particulière à la halte d'accueil de 7h30 à 18h30				

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE

Caisse d'assurance maladie :

N° Sécurité Sociale :

Aide médicale gratuite CMU : oui non (si oui , joindre copie)Allocataire CAF MSA AUTRE **Assurance Responsabilité Civile : compagnie et adresse**

AUTORISATIONS DU (DE LA) RESPONSABLE LÉGAL (E)

Je, soussigné (e)

responsable légal (e) de l'enfant _____

1- autorise mon enfant à participer aux différentes activités que propose le centre de loisirs.

En particulier en ce qui concerne les baignades et les campings organisés par l'encadrement.

2- Certifie que mon enfant est en bonne santé et n'a pas de contre-indication à la pratique d'activités sportives de plein air et nautiques (voile, kayak)

3- autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et autorise les médecins à pratiquer l'anesthésie en cas d'intervention chirurgicale.

4- m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

5 - *autorise mon enfant à partir seul du centre.

6 - *autorise la commune de Lanester à utiliser, à titre gratuit et de façon permanente, les images qui concernent mon enfant, réalisées pour les différents supports de communication de la Ville. Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis-à-vis de la personne représentée.

* en cas de désaccord, rayez cette mention.

Certifie exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.

Lanester, le _____

Signature _____

OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ A PARTIR SEUL
PERSONNE AUTORISÉE

à prendre en charge l'enfant en cas de retard ou d'absence,
personne devant obligatoirement habiter Lanester ou les environs

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone

Observations :

OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ A PARTIR SEUL
PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE AUTORISÉE

à prendre en charge l'enfant en cas de retard ou d'absence,
personne devant obligatoirement habiter Lanester ou les environs

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone

Observations :

OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ A PARTIR SEUL
PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE AUTORISÉE

à prendre en charge l'enfant en cas de retard ou d'absence,
personne devant obligatoirement habiter Lanester ou les environs

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone

Observations :

PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES

1-

2-

3-

4-

Réservations