CENTRE MATERNEL - PENN MANÉ 4-6 ans - 2024 / 2025

Enfant

NOM :	Prénom :	
Date de naissance :	garçon ☐ fille ☐	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 2023 / 2024 : Classe :

École fréquentée à la rentrée de septembre 2024 : Classe :

a-t-il (elle) participé ?
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

Arrêts de bus centres maternels		réservé au service
Renée Raymond		
Pablo Picasso		
Paul Langevin		
Inscription particulière à la halte d'accueil de 7 h 30 à 18h30		

Photo

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE

Caisse d'assurance maladie :

N° Sécurité Sociale :

Aide médicale gratuite CSS : oui ☐ non ☐ (si oui, fournir 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.

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 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.

** cochez la case pour donner votre accord.*

Certifie exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.

Lanester, le

Signature

Tournez svp ⇨

OBLIGATOIRE

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 :

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 :

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-

Dossier à déposer en mairie (service des régies) ou à renvoyer par mail à :
service-des-regies@ville-lanester.fr