



**Enfant**

NOM :		Prénom :	
Date de naissance :	garçon	filles	âge :
Domicile si autre que responsable légal :			
<b>Responsable légal (e )</b>		<b>Responsable légal (e )</b>	
Nom et Prénom :		Nom et Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Mail :		Mail :	
Tél. fixe :		Tél. fixe :	
Tél.portable :		Tél.portable :	
Profession :		Profession :	
Tél. travail :		Tél. travail :	
<b>Frères et sœurs - Nom et Prénom</b>	<b>Age</b>		
<b>Expérience de vie collective et scolarité</b>			
École fréquentée en 2021 / 2022 :		Classe :	
École fréquentée à la rentrée de septembre 2022 :		Classe :	
a-t-il ( elle) participé ?			
à un centre de loisirs		oui non	
<b>Santé</b>			
Date de dernier vaccin (DTPolio) :			
<b>Fournir une copie du carnet de vaccination</b>			
L'enfant à t'il des allergies ? Si oui, précisez : _____			
<b>Fournir le PAI signé avec l'école ( Projet d' Accueil Individualisé)</b>			
Observations :			
Nom du médecin traitant et Tél. :			

Horaires de fonctionnement du centre : 8h30 - 17h			
Arrêts de bus centres maternels		réservé au service	
Pablo Picasso		Renée Raymond	
Paul Langevin			
Inscription particulière à la halte d'accueil de 7 h 30 à 18h30			

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE	
Caisse d'assurance maladie :	
N° Sécurité Sociale :	
Aide médicale gratuite CMU : oui non (si oui, fournir copie)	
Allocataire	CAF MSA AUTRE
<b>Assurance Responsabilité Civile : compagnie et adresse</b>	

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	
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 ⇨

<b><u>OBLIGATOIRE</u></b>	
<b>PERSONNE AUTORISÉE</b>	
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](mailto:service-des-regies@ville-lanester.fr)

<b>PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE AUTORISÉE</b>	
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 :	

<b>PERSONNE SUPPLÉMENTAIRE AUTORISÉE</b>	
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 :	