



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 2021 / 2022 :		Classe :	
École fréquentée à la rentrée de septembre 2022 :		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				
Arrêts de bus Saint Niau			réservé au service	
Renée Raymond		Paul Langevin		Test aisance aquatique ou brevet 25 m
Pablo Picasso				
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (si oui , joindre copie)	
Allocataire CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>	
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.	
* cochez la case pour donner votre accord.	
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-					

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