

# STUDIO 11/17 ans (avec et sans hébergement) - 2023/2024



## Jeune

NOM :		Prénom :	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> garçon	<input type="checkbox"/> fille	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 :	

Expérience de vie collective et scolarité	
Établissement scolaire fréquenté en 2022 / 2023 :	
Établissement scolaire fréquenté à la rentrée de septembre 2023 :	Classe :
a-t-il ( elle) participé ?	
à un centre de vacances	oui non à un centre de loisirs oui non

Santé	
Date du dernier rappel vaccin (DTPolio) 11/13 ans :	
<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'établissement ( Projet d' Accueil Individualisé)</b>	
Observations :	
Nom du médecin traitant et Tél. :	

DU LUNDI AU VENDREDI	oto
<b>ADHÉSION STUDIO</b>	
Accueil de jeunes, espace de rencontres, d'expression libre, numérique...	
Tarif de 5 € à l'année (de septembre à fin août)	
<b>PASS'ADOS</b>	<b>9H00-17H00</b>
Inscription aux activités spécifiques pendant les vacances scolaires	
Tarif à la journée repas inclus (selon quotient familial)	

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE	
Caisse d'assurance maladie :	
N° Sécurité Sociale :	
Aide médicale gratuite CSS : 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"/>
<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 la structure. 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- <b>*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 (réseaux sociaux, site web ville).</b> <b>Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis-à-vis de la personne représentée.</b>	
<i>* cachez la case pour donner votre accord.</i>	
Certifie exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.	
Lanester, le _____	_____
Signature	_____

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone

Observations :

**PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES**

1-

2-

3-

4-

**CENTRE D'INTÉRÊTS**

- Pratique Artistique    Sports    Littérature    Manga    Musique  
 Numérique/Multimédia    Autres : \_\_\_\_\_

**DÉMARCHE CITOYENNE**

Je souhaite faire parti d'un collectif autour des actions citoyennes  
(Bénévolat, conseil jeunesse...)

- Oui    Non

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

**DOSSIER À DÉPOSER EN MAIRIE (service des régies) OU À RENVOYER PAR MAIL :**  
[service-des-regies@ville-lanester.fr](mailto:service-des-regies@ville-lanester.fr)