

STUD!O 14/17 ans (avec et sans hébergement) - 2025/2026

Jeune

Nom :	Prénom :		
Date de naissance :	garçon	filles	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 :	

Expérience de vie collective et scolarité	
Établissement scolaire fréquenté en 2024 / 2025 :	
Établissement fréquenté à la rentrée de septembre 2025 :	Classe :
a-t-il (elle) participé ?	
à un centre de vacances	oui non à un centre de loisirs oui non

Santé
Fournir Pass Nautique
Fournir une copie du carnet de vaccination
L'enfant à t'il des allergies ? Si oui, précisez :
Fournir le PAI signé avec l'établissement (Projet d' Accueil Individualisé)
Observations :
Nom du médecin traitant et Tél. :

DU LUNDI AU SAMEDI ADHESION STUDIO Accueil de jeunes, espace de rencontres, d'expression libre, numérique... Tarif de 5 € à l'année (de septembre à fin août) Horaires suivants les activités identifiées sur la plaquette de programmation. Inscription aux activités spécifiques pendant les vacances scolaires. Tarif complémentaire selon quotient familial avec ou sans repas.	PHOTO
---	-------

AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE Caisse d'assurance maladie : N° Sécurité Sociale : Aide médicale gratuite CSS : 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 proposées au centre de loisirs : interne et externe à 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 - ☐ *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). Cette utilisation ne sera pas faite dans un but commercial et n'aura pas de connotation péjorative vis-à-vis de la personne représentée. 6- ☐ *Autorise mon enfant à partir seul du centre * cochez la case pour donner votre accord 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

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

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone

Observations :