



Enfant

| | | | |
|---|------------|-------------------------------|-------|
| 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 : | |
| 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 a 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 | |
| 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 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 | |
| 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 ⇨

| | |
|---|----------|
| <u>OBLIGATOIRE</u> | |
| 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