

STUDIO 11/17 ans (avec et sans hébergement) - 2024/2025



Jeune

NOM :		Prénom :	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> garçon	<input type="checkbox"/> fille	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 2023 / 2024 :	
Établissement scolaire fréquenté à la rentrée de septembre 2024 :	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 :
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 VENDREDI	oto
ADHÉSION STUDIO	
Accueil de jeunes, espace de rencontres, d'expression libre, numérique...	
Tarif de 5 € à l'année (de septembre à fin août)	
PASS'ADOS 9H00-17H00	
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"/>
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 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.
<i>* cochez la case pour donner votre accord.</i>
Certifie exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.
Lanester, le _____
Signature _____

Tournez svp ↗

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