

PASS ADOS/BOOST/PÉRISCOLAIRE - 2025/2026

11/15 ANS (collège) avec et sans hébergement

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	PHOTO
Horaires suivants les activités identifiées sur la plaquette de programmation.	
Inscription aux activités spécifiques pendant les vacances scolaires	
Tarif à l'activité ou à la journée (selon quotient familial) Repas inclus selon formule	

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 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 - <input type="checkbox"/> *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- <input type="checkbox"/> *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 :