

# ACCUEIL DE LOISIRS SAINT NIAU CONSEIL MUNICIPAL DES ENFANTS 2025/2026

## CLASSE CP/CM2

Jeune



NOM :		Prénom :	
Date de naissance :	garçon	filie	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 :	
<b>Frères et sœurs - Nom et Prénom</b>		<b>Age</b>	
<b>Expérience de vie collective et scolarité</b>			
École fréquentée en 2024 / 2025 :		Classe :	
École fréquentée 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	
<b>Santé</b>			
<b>Fournir Pass Nautique</b>			
<b>Fournir une copie du carnet de vaccination</b>			
<b>L'enfant à t'il des allergies ? Si oui, précisez :</b> _____			
<b>Fournir le PAI signé avec l'école ( Projet d' Accueil Individualisé)</b>			
Observations :			
Nom du médecin traitant et Tél. :			

Horaires de fonctionnement du centre : 8h30 - 17h		
J'utilise un service de transport associé pour aller à l'accueil de loisirs. Ce lieu est fixe et non modifiable.		
Renée Raymond		<i>Si vous souhaitez bénéficier du service de transport, cochez la case de l'arrêt souhaité.</i>
Pablo Picasso		
Paul Langevin		
Inscription particulière à la halte d'accueil de 7h30 à 8h30 et de 17h00 à 18h30		

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 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 et nautiques (voile, kayak)
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 mon enfant à partir seul du centre.
6 - *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.
<i>* cochez la case pour donner votre accord.</i>
Certifie exacts les renseignements portés sur le présent imprimé.
Lanester, le
Signature

Tournez svp ⇨

**OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ À PARTIR SEUL**  
**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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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](mailto:service-des-regies@ville-lanester.fr)

**OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ À PARTIR SEUL**  
**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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE SI L'ENFANT N'EST PAS AUTORISÉ À PARTIR SEUL**  
**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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_