

DÉCLARATION DE CANDIDATURE CONSEIL MUNICIPAL DES ENFANTS

2026-2028

JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

.....

Mail :

Au sein de l'école :

☐ de l'Idonnière

☐ des Pensées

☐ du Sacré Cœur

DÉCLARE ME PORTER CANDIDAT(E) AUX ÉLECTIONS DU CME DU POIRÉ-SUR-VIE

Ainsi, je m'engage pour l'année à venir, à :

- respecter le fonctionnement du Conseil Municipal des Enfants,
- représenter les jeunes Genôts au sein de la ville,
- élaborer et mettre en place des projets ou actions en participant aux rencontres qui y sont liées.

Information : Les réunions plénières auront lieu 1 fois par mois, hors vacances scolaires à la mairie du Poiré-sur-Vie ou dans tout autre lieu donnant sens aux projets en cours.

Si je suis élu, les prochains CME auront lieu les mercredis 14/10, 11/11 et 16/12.

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal :

JE SOUSSIGNÉ(E)

(NOM, prénom)

agissant en qualité de(père, mère, représentant légal) donne mon accord à la candidature de mon enfantaux élections du Conseil Municipal des Enfants de la ville du Poiré-sur-Vie.

Si mon enfant est élu, je préfère le créneau suivant :

- ☐ 13h30-15h30
☐ 16h30-18h30
☐ Indiquez ici un autre créneau horaire.....

- Autorise mon enfant à venir et à rentrer seul et dans ce cadre dégage la mairie du Poiré-sur-Vie de toute responsabilité en cas d'incident sur le trajet ? **OUI NON**
- Sinon, je m'engage à l'emmener et à venir le chercher ou à demander à une personne majeure de l'emmener et/ou de le récupérer. **OUI NON**

Personnes autorisées à récupérer mon enfant en cas d'empêchement :

- 1 NOM : Prénom :
Qualité :
Tél. domicile : Tél. portable :
- 2 NOM : Prénom :
Qualité :
Tél. domicile : Tél. portable :

- Autorise le référent du Conseil Municipal des Enfants à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en oeuvre des traitements médicaux qui pourraient s'imposer en cas d'urgence ? (*rayez la mention inutile*) **OUI NON**
- Autorise la mairie à transporter mon enfant **OUI NON**
- Autorise la mairie à photographier ou filmer mon enfant et que ces images soient utilisées dans les supports de communication de la commune (magazine municipal, Facebook, site internet, cérémonie des vœux, ...) **OUI NON**

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal :

RESPONSABLES LÉGAUX

Identité du parent 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Mail :

Identité du parent 2 :

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

Tél. domicile : Tél. portable :

Mail :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET ALIMENTAIRES :

L'enfant suit-il un traitement ? (*rayez la mention inutile*) **OUI** **NON**

Spécifiez le nom du ou des médicament(s) :

Allergie(s) :

Alimentaire :

Médicamenteuse :

Régime particulier :

Recommandations :

Fait à, le/...../.....

Signature du représentant légal :

MON AFFICHE :

Sur ton affiche figureront :

- ton nom et ton prénom
- ton slogan
- ta photo
- ton programme

MON SLOGAN :

.....

.....

.....

.....

Quelque chose qui rime avec ton prénom. Par exemple : «Avec Lucie, vivez une année bien remplie».

SI JE SUIS ÉLU(E) AU CME, JE SOUHAITERAIS :

1

.....

.....

.....

2

.....

.....

.....

3

.....

.....

.....

4

.....

.....

.....

5

.....

.....

.....