

Documents à joindre à cette fiche de renseignements :

- Photocopie des vaccinations.
- Autorisation de sortie du territoire + photocopie pièce d'identité du signataire



**PHOTO
RÉCENTE**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Valable un an)

REFERENCE DE L'ADOLESCENT

Nom de l'adolescent :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Garçon Fille

Numéro de téléphone :

(pour l'informer des sorties ou autres informations utiles)

RESPONSABLES DE L'ADOLESCENT

Garde de l'adolescent : Conjointe Père Mère Par Alternance

Nom et Prénom du Père ou tuteur légal :

Adresse :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

Numéro de téléphone de l'employeur :

Adresse @ :

Adresse @ professionnelle :

Profession :

Nom et Prénom du Mère ou tuteur légal :

Adresse :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

Numéro de téléphone de l'employeur :

Adresse @ :

Adresse @ professionnelle :

Profession :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

En cas de problème, si les parents sont injoignables.

M ou Mme :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

M ou Mme :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

M ou Mme :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

EN CAS D'ACCIDENTS

Je soussigné(e), responsable légal de l'adolescent (nom, prénom), autorise en cas d'accidents, l'équipe de Direction à le faire transporter au centre hospitalier de Belfort et autorise toutes les interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs, à rembourser le montant des frais médicaux.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ :

(Si retard ponctuel ou absence, merci de prévenir Mélanie au 06 12 20 66 14)

Mon adolescent peut quitter le lieu d'animation seul : OUI NON

Si non, j'autorise mon adolescent à quitter le lieu d'animation avec :

M ou Mme :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

M ou Mme :

Numéro de téléphone (portable et fixe) :

DROIT DES LIBERTÉS

J'autorise la prise de photos ou vidéos : OUI NON

J'autorise la diffusion de photos ou vidéos : OUI NON

J'autorise le transport de mon adolescent en bus ou minibus : OUI NON

Ces restrictions ne pourront pas s'appliquer aux photos ou vidéos collectives. Les diffusions ne seront aucunement à des fins commerciales.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRE

MÉDECIN TRAITANT

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

VACCINATIONS (Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique, Anticoqueluche ...)



Joindre **obligatoirement** les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé ou du certificat de vaccinations de l'adolescent.

Si l'adolescent n'est pas vacciné, pourquoi ?

Injections de sérum : Nature : ----- Date : -----

Nature : ----- Date : -----

MALADIES INFANTILES

L'adolescent a-t-il eu les maladies suivantes ?

| Rubéole | Varicelle | Angines | Rhumatismes | Scarlatine |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

| Coqueluche | Otites | Asthme | Rougeole | Oreillons |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Indiquer ici d'autres antécédents de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

Actuellement, l'adolescent suit-il un ou plusieurs traitements ? : OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) :

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de nous apporter l'ordonnance du médecin avec les médicaments correspondants **aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.**

ALLERGIES ALIMENTAIRES OU AUTRES

Votre adolescent présente-t-il des allergies ?

OUI NON

Si oui, lesquelles :

Joindre **obligatoirement** un certificat médical précisant les sources d'allergies de l'adolescent.

Votre adolescent mange-t-il du porc ?

OUI NON

Remarques :

Je soussigné.....responsable de l'adolescent

....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à :

Date :

Signature :

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

**5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE
À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :**

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre
(Préciser :)⁽²⁾

Délivré(e) le :

Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »