

DÉPARTEMENT DU NORD

ARRONDISSEMENT DE
VALENCIENNES



Accueils Collectifs de Mineurs



COMMUNE DE THUN-SAINT-AMAND
59158

☎ 03.27.21.66.99

✉ accueil.mairie@thunsaintamand.fr

NOM :

N° DE DOSSIER :

(à compléter par la Collectivité)

PRENOM :

DOSSIER DE MISE À JOUR

Le paiement s'effectue au secrétariat de la mairie au plus tard le mercredi 05 juillet
(pour information paiement par chèque à l'ordre du « trésor public »)

Ce dossier comprend :

- ✓ L'Autorisation de sortie de territoire,
- ✓ La fiche de renseignements,
- ✓ La fiche sanitaire de liaison.

Document à fournir en complément du dossier :

- ✓ Votre ou vos dernier(s) avis d'imposition sur les revenus de la famille,
- ✓ Copie pièce d'identité du signataire de l'autorisation de sortie de territoire.

Pour rappel :

- Le dossier initial valable pour 3 ans à compter de votre signature, est mis à jour par ce présent dossier toutefois tout changement de votre situation doit être signalé en mairie.

**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. »



FICHE DE RENSEIGNEMENT ACM



Responsable légal(e) : mère père autre :

Parent 1 mère père autre :

Parent 2 mère père autre :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse

Adresse

.....

.....

Tel. Domicile :

Tel. Domicile :

Portable :

Portable :

Tel. Travail :

Tel. Travail :

Mail :

Mail :

N° Allocataire CAF :

N° Allocataire CAF :

Quotient familial :

Quotient familial :

Situation familiale :

Situation familiale :

Profession :

Profession :

NOM ENFANT	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

Renseignements complémentaires

PERSONNE(S) À APPELER EN CAS D'URGENCE - NOM + N° TELEPHONE

.....
.....
.....

AUTORISATIONS

**Je soussigné(e)..... ,
responsable légal de(s) enfant(s)**

- Informe qu'il(s) viendra (viendront) seul(s) le matin (*uniquement à partir de 8 ans*)
- Autorise ce(s) dernier(s) à repartir seul(s) (*uniquement à partir de 8 ans*)
et ce à partir de : heures.
- Autorise Monsieur / Madame
.....
.....

à chercher mon (mes) enfant(s).

- N'autorise personne d'autre que moi-même à chercher mon (mes) enfant(s).
- Autorise l'ACM à photographier ou à filmer mes enfants ou moi-même dans le cadre de ses activités et à utiliser ces images dans le cadre de sa promotion (internet et réseaux sociaux...).
- Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives. Autorise mon
- enfant à participer aux baignades surveillées.
- Autorise mon enfant à utiliser les transports en véhicule de service et car de location.

RÉGIME ALIMENTAIRE

- Halal Standard

En cas d'allergie alimentaire, merci de nous signaler si un PAI est en place.

**Je soussigné(e), , responsable légal(e)
de(s) enfant(s), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, reconnais avoir pris
connaissances des règles de fonctionnement qui m'ont été communiquées et m'engage à les
respecter.**

Fait à Thun-Saint-Amand le.....

Signature :

Informations RGPD :

Les données à caractère personnel collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est la commune de Thun Saint Amand. Ces données sont collectées à des fins de gestion des inscriptions, de suivi sanitaire des mineurs et d'organisation des activités extrascolaires. Elles sont recueillies sur la base légale suivante : l'exercice d'une mission d'intérêt public (article 6, e) du RGPD). Les destinataires des données sont les seuls agents habilités, trésorerie. Les informations recueillies par ce traitement seront conservées par la commune 10 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits suivants sur ces données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition et droit à la limitation du traitement. Pour exercer ces droits, adressez-vous au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : rgpd@cdg59.fr ou par courrier au Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Nord. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL via www.cnil.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/ /.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : KG ; Taille : CM (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

Oui Non

MEDICAMENTEUSES

Oui Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Oui Non

Précisez :

.....
.....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez Oui Non

.....
.....
.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n° 1 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

N° DE TEL DOMICILE :

N° DE TEL PORTABLE :

N° DE TEL TRAVAIL :

Responsable n° 2 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

N° DE TEL DOMICILE :

N° DE TEL PORTABLE :

N° DE TEL TRAVAIL :

NOM ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Informations RGPD :

Les données à caractère personnel collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est la commune de Thun Saint Amand. Ces données sont collectées à des fins de gestion des inscriptions, de suivi sanitaire des mineurs et d'organisation des activités extrascolaires. Elles sont recueillies sur la base légale suivante : l'exercice d'une mission d'intérêt public (article 6, e) du RGPD). Les destinataires des données sont les seuls agents habilités, trésorerie. Les informations recueillies par ce traitement seront conservées par la commune 10 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits suivants sur ces données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition et droit à la limitation du traitement. Pour exercer ces droits, adressez-vous au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : rgpd@cdg59.fr ou par courrier au Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Nord. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL via www.cnil.fr