

AUTORISATIONS PARENTALES

- Autorise Le personnel à sortir mon (mes) enfant (s) de l'enceinte de l'établissement pour les sorties de groupe.
- N'autorise pas
- Autorise La diffusion d'image de mon (mes) enfant (s) prise au cours des activités via différents supports
- N'autorise pas (papier, multimédia, internet...)
- Autorise L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon (mes) enfant (s) (SAMU, hospitalisation, pompier, anesthésie).
- N'autorise pas
- Autorise Le personnel à transporter ou faire transporter mon (mes) enfant (s) dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
- N'autorise pas
- Autorise Le centre socio culturel à utiliser mon adresse mail pour l'envoi de divers documents (factures, informations sur des évènements, sorties...)
- N'autorise pas

PERSONNES DE CONFIANCE (Plus de 18 ans)

Veillez renseigner les personnes que vous autorisez à prendre en charge votre (vos) enfant (s) en dehors de vous. L'équipe d'encadrement se réserve le droit de demander une pièce d'identité si la personne autorisée est inconnue du personnel et de refuser le départ de l'enfant si elle considère que celui-ci est exposé à un danger.

NOM	Prénom	Date de naissance	Téléphone	Lien avec l'enfant

Fait à

Le

Signature

Cadre réservé à l'administration

- Avis d'impôt 2022 sur 2021 RIB/IBAN Fiche sanitaire AST Attestation d'assurance

**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)

Imprimer

Réinitialiser

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. »

Documents à fournir :

- Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire 2025/2026
(à transmettre avant la rentrée)
- Photocopie des vaccins à jour
- Photocopie du projet d'accueil individualisé rédigé par le médecin qui suit votre enfant

FICHE SANITAIRE ET PAI ANNEE 2025/2026

L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

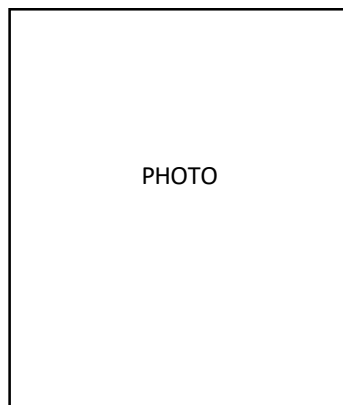
Fille

Poids :

Garçon

Taille :

(Information nécessaire en cas d'urgence)



Nom du médecin traitant:

Numéro de téléphone :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro de Police d'Assurance :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable 1

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Responsable 2

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

REGIME ALIMENTAIRE

- CLASSIQUE
- SANS PORC
- VEGETARIEN
- PAI (joindre protocole)

AUTRES

Baignade : mon enfant sait nager : Oui (certificat de natation obligatoire) Non Sieste :

Oui Non Selon besoins /envies

INFORMATIONS SANTE

Si votre enfant doit suivre un traitement médical de courte durée vous devez joindre une ordonnance récente, une autorisation parentale et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

Si votre enfant est dans une ou plusieurs situations suivantes, merci de l'indiquer :

- Port de lunettes
- Handicap moteur
- Handicap mental
- Handicap auditif
- Handicap visuel
- Asthme à l'effort*
- Asthme de pollen*
- Allergie médicamenteuse*

*Nécessite de joindre un projet d'accueil individualisé (PAI) rédigé par le médecin qui suit votre enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES (joindre photocopie des vaccins à jour)

Diphtérie : Ou DT Polio : Poliomyélite :
Tétanos : ou Tétracoq :

MERCI DE PREVENIR TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE.

ENGAGEMENT DES PARENTS

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfantdéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et accepte que ces données soient transmises à l'ensemble de l'équipe d'animation qui accompagne mon enfant.

- Je m'engage à fournir le PAI à jour avant la première prise en charge en cas d'allergie (alimentaire, médicamenteuse), d'asthme, de diabète, de crises convulsives ou autres maladies entraînant une conduite particulière ainsi que les médicaments nécessaires.
- J'autorise que le Centre contacte les secours en cas de nécessité. Le Centre pourra être amené à conduire votre enfant aux services des urgences le plus proche.

Fait à Saint-Louis, le.....Signature