



**Renseignements administratifs****Le directeur de l'accueil**

Nom :	.....
Date de naissance :	.../.../.....
Téléphone sur place :	.../.../.../.../...
Qualification :      BAFD	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire
autre (préciser)	.....
Département de résidence	.....

**Personne joignable en permanence (si différent du directeur)**

Nom :	.....
Téléphone :	.../.../.../.../...
Fonction :	.....

**L'organisateur**

Nom :	.....
Département d'origine :	.....
Adresse :	.....
Téléphone :	.../.../.../.../...
Courriel :	.....

**L'accueil**

Numéro de déclaration	.....
Adresse du lieu d'implantation :	.....
Date de début et de fin :	du:.../.../.... au : .../.../....

Effectifs :	-6 ans :	6/11 ans :	12-17 ans :
Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Séjour de vacances <input type="checkbox"/> Accueil de scoutisme <input type="checkbox"/> Séjour de vacances dans une famille <input type="checkbox"/> Séjour court <input type="checkbox"/> Séjour spécifique (à préciser):.....		<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil de jeunes <input type="checkbox"/> Activité accessoire <input type="checkbox"/> Non déclaré

**Personnes impliquées**

Pour toutes les personnes impliquées (victimes, auteurs éventuels, et le cas échéant, témoins), préciser leur nom, âge, sexe, leur statut (mineur accueilli, encadrant mineur ou majeur, intervenant...) et éventuellement pour les victimes, préciser leur état de santé. S'il y a plusieurs personnes, en annexer la liste à la présente déclaration en précisant pour chacun les informations suivantes  
**Si des encadrants sont impliqués en joindre la liste avec leurs coordonnées complètes (adresse postale/mail/téléphone)**

Nombre de personnes impliquées	Mineur accueilli :	Encadrement :
	Intervenant :	Autre :.....

Nom :	.....
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	.../.../.....
Statut au sein de l'accueil :	<input type="checkbox"/> Mineur accueilli <input type="checkbox"/> Encadrant <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Autre :
Rôle présumé :	..... <input type="checkbox"/> Auteur <input type="checkbox"/> Victime <input type="checkbox"/> Témoin

État de santé :	.....
	.....
	.....

**Personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale sur le ou les mineurs impliqués**

S'il y a plusieurs mineurs impliqués, indiquer les renseignements demandés ci-dessous en annexe à la présente déclaration  
 Si plusieurs personnes sont titulaires de l'autorité parentale, indiquer les coordonnées de chacune d'entre elles

Nom, prénom :	.....
Adresse :	.....
Téléphone :	.../.../.../.../...
Courriel :	.....

Informé de l'événement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------	---

Fait à .....	le .../.../.....	Le directeur / la directrice
--------------	------------------	------------------------------