

Renseignements administratifs	
Le directeur de l'accueil	
Nom :	NICOLAE LOUIS
Date de naissance :	09/01/2003
Téléphone sur place :	07/31/80/52/30
Qualification : BAFD	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire
autre (préciser)	CCP2
Département de résidence	74
Personne joignable en permanence (si différent du directeur)	
Nom :	SEUR JEANNE MARIE
Téléphone :	06/04/59/28/60
Fonction :	NOTRE CONTACT SUR LE SITE
L'organisateur	
Nom :	UYTIENHOVE OLIVIER PAUL
Département d'origine :	74
Adresse :	14 RUE ELDI STRAND 74000 ANNECY
Téléphone :	07/49/04/29/55
Courriel :	oli.mariano@yahoo.fr
L'accueil	
Numéro de déclaration	Camp mon soumis à déclaration
Adresse du lieu d'implantation :	Carmel du Reposaire
Date de début et de fin :	du: 30/04/25 au: 04/05/25
Effectifs :	-6 ans : 6/11 ans : 12-17 ans : 6
Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Séjour de vacances <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input checked="" type="checkbox"/> Accueil de scoutisme <input type="checkbox"/> Accueil de jeunes <input type="checkbox"/> Séjour de vacances dans une famille <input type="checkbox"/> Activité accessoire <input type="checkbox"/> Séjour court <input type="checkbox"/> Non déclaré <input type="checkbox"/> Séjour spécifique (à préciser):
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	
Nombre de personnes impliquées	Mineur accueilli : 1 Encadrement : Intervenant : Autre :
Nom :	SCHLIENGER COLAMBAN
Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	03/01/2011
Statut au sein de l'accueil :	<input checked="" type="checkbox"/> Mineur accueilli <input type="checkbox"/> Encadrant <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/>
Rôle présumé :	Autre : <input type="checkbox"/> Auteur <input checked="" type="checkbox"/> Victime <input type="checkbox"/> Témoin
État de santé :	Double fracture du poignet Suspension de fracture de la cheville
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 :	SCHLIENGER SOPHIE
Adresse :	7 CHEMIN DES SINAILES 74600 SEYNOD
Téléphone :	07/38/47/36/20
Courriel :	ds.schlienger@hotmail.fr
Informé de l'événement :	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fait à	Psisy le 02/05/2025
Le directeur / la directrice 	

