

SYNDICAT SCOLAIRE DE LA PETITE DOLLER

2 Place de Rochetoirin ASPACH LE HAUT
68700 ASPACH-MICHELBAACH
Téléphone : 03.89.48.97.11

Fax :

E-Mail : contact@syndicatscolaire-petitedoller.fr



PARENTS

Le 30/04/2019

RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom : **Nom de jeune fille :**
Prénom :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : **Ville :**
Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**
E-Mail :
Nationalité :
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère
Situation de famille : Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé
Profession :
Employeur :
Adresse professionnelle :
Code postal : **Ville :**
Téléphone professionnel :
E-mail professionnel :
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA
Caisse sécurité sociale : **Caisse CAF :**
Numéro allocataire CAF :

Nb enfants total / à charge : /

- 1 Photo d'identité (2 pour les maternelles)
- Justificatif droit de garde
- Attestation Quotient Familial CAF

Quotient familial :

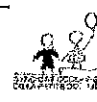
- RIB si choix paiement par prélèvement
- VACCINS et MALADIES CONTAGIEUSES (p90 à 95)
- Attestation Assurance 2019-2020



Date : ___/___/___

Nom :

Signature des Responsables légaux :



**Photo
enfant 1 à
coller**

**Photo
enfant 2 à
coller**

**Photo
enfant 3 à
coller**

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
<i>pour l'année 2019-2020 :</i>	<i>pour l'année 2019-2020 :</i>	<i>pour l'année 2019-2020 :</i>
Niveau de Scolarisation :	Niveau de Scolarisation :	Niveau de Scolarisation :
Lieu de Scolarisation :	Lieu de Scolarisation :	Lieu de Scolarisation :
Enseignant :	Enseignant :	Enseignant :
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		
L'enfant suit-il un traitement Si oui, lequel ?	L'enfant suit-il un traitement Si oui, lequel ?	L'enfant suit-il un traitement Si oui, lequel ?
Allergies ou problèmes médicaux? Si oui, le[s]quel[s]?	Allergies ou problèmes médicaux? Si oui, le[s]quel[s]?	Allergies ou problèmes médicaux? Si oui, le[s]quel[s]?
Régime alimentaire spécifique: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire spécifique: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire spécifique: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, lequel ?
Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :
RECOMMANDATIONS DES PARENTS		
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non. Si oui, précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non. Si oui, précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non. Si oui, précisez :
MEDECIN DE FAMILLE		
Nom:	Prénom:	Téléphone:

Fait à :

Le :

Signature[s]:



AUTORISATION DE SORTIE:
UNIQUEMENT VALABLE POUR LES ELEMENTAIRES

Cette autorisation sera appliquée SYSTEMATIQUEMENT tout au long de l'année scolaire.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à _____ heures	<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à _____ heures	<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à _____ heures

Je soussigné[e] :
assume la pleine responsabilité de cette demande et décharge le Syndicat de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ Le : _____ Signature[s]: _____

AUTORISATION DE PUBLICATION D IMAGE

Je soussigné[e].....
Représentant légal du [des] enfant[s]

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

Autorise le Syndicat Scolaire à publier et utiliser les photos, films et enregistrements audios sur lesquelles figurent mon [mes] enfant[s] qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaire et cantine scolaire. Celles-ci pourront être reproduites par le syndicat en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autres supports de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---	---	---

Fait à : _____ Le : _____ Signature[s]: _____

ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile .

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Responsabilité Civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité Civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité Civile
<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
N° de contrat :	N° de contrat :	N° de contrat :

Fait à : _____ Le : _____ Signature[s]: _____

A compléter impérativement par enfant



PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable ou de présenter une pièce d'identité lors des premières visites. Il est vivement conseillé de prévenir le Syndicat par téléphone au 03.89.48.97.11 en cas d'imprévu.

UNIQUEMENT frères ou sœurs mineurs (12 ans minimum) : Merci de nous établir une autorisation.

Nom et Prénom
de l'enfant concerné : Classe/lieu de
scolarisation
pour l'année
2019-2020 :

Personne 1 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 2 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 3 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 4 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 5 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 6 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 7 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Fait à :

Le :

Signature[s]:

A compléter impérativement par enfant



PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable ou de présenter une pièce d'identité lors des premières visites. Il est vivement conseillé de prévenir le Syndicat par téléphone au 03.89.48.97.11 en cas d'imprévu.

UNIQUEMENT frères ou sœurs mineurs (12 ans minimum) : Merci de nous établir une autorisation.

Nom et Prénom
de l'enfant concerné : Classe/lieu de
scolarisation
pour l'année
2019-2020 :

Personne 1 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 2 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 3 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 4 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 5 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 6 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 7 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Fait à :

Le :

Signature[s]:

A compléter impérativement par enfant



PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable ou de présenter une pièce d'identité lors des premières visites. Il est vivement conseillé de prévenir le Syndicat par téléphone au 03.89.48.97.11 en cas d'imprévu.

UNIQUEMENT frères ou sœurs mineurs (12 ans minimum) : Merci de nous établir une autorisation.

Nom et Prénom
de l'enfant concerné : Classe/lieu de
scolarisation
pour l'année
2019-2020 :

Personne 1 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 2 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 3 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 4 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 5 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 6 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Personne 7 :

Nom: Prénom:
Téléphone Fixe: Téléphone Portable :
Lien avec l'enfant:
 Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez :

Fait à :

Le :

Signature[s]:

ATTESTATION SUR L HONNEUR



Je soussigné(e),

Réprésentat légal du [des] enfant(s) :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

J'ai bien noté que mon/mes enfant(s) est/sont accueilli(s) dans une structure collective qui en aucun cas ne permet de traitement individuel

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Syndicat Scolaire de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale....).

Fait à :

Le :

Signature[s] obligatoire[s]:



PLANNING DE RESERVATION ANNUEL

SEPTEMBRE 2019 A JUILLET 2020



NOM et Prénom de l'enfant :

Classe Année 2019-2020 : Petite Section Moyenne Section Grande Section

CP CE1 CE2 CM1 CM2

↓ **ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN** Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin 7 h 15 – Début de classe				

↓ **RESTAURATION SCOLAIRE** Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Midi				

↓ **ACCUEIL PERISCOLAIRE SOIR** Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Péri 1 : Sortie de classe - 16h45				
Péri 1+2 : Sortie de classe - 17h45				
Péri 1+2+3 : Sortie de classe - 18h30				

↓ **Accueil de loisirs le mercredi** Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	MERCREDI
Midi 7 h 15 – 12h15	