



03.89.48.97.11

contact@syndicatscolaire-petitedoller.fr

2, place de Rochetoirin

ASPACH-LE-HAUT

68700 ASPACH-MICHELBACH

Feuille à conserver

**A FOURNIR AVEC LE DOSSIER : PAR ENFANT**

- 1 PHOTO D IDENTITE (2 POUR LES MATERNELLES)
- JUSTIFICATIF DE DROIT DE GARDE (EN CAS DE SEPARATION /DIVORCE)
- ATTESTATION CAF (QUOTIENT FAMILIAL)
- RIB SI PAIEMENT PAR PRELEVEMENT
- VACCINS ET MALADIES CONTAGIEUSES PAGE 90 A 95 DU CARNET DE SANTE
- ATTESTATION ASSURANCE SCOLAIRE 2021-2022 SI DEJA EN VOTRE POSSESSION AU MOMENT DE RETOUR DU DOSSIER SINON A TRANSMETTRE A LA RENTREE

**A FOURNIR A LA RENTREE 2021 : PAR ENFANT**

- 1 BOITE DE MOUCHOIRS
- 1 PAIRE DE CHAUSSON
- ATTESTATION ASSURANCE SCOLAIRE 2021-2022

**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 26/03/2021

**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 2020-2021

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom : .....

Signature des Responsables légaux :

<b>Photo enfant 1 à coller</b>	<b>Photo enfant 2 à coller</b>	<b>Photo enfant 3 à coller</b>
--	--	--

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
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]:

# 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
- Accepte le règlement intérieur du Syndicat Scolaire de la Petite Doller( consultable sur le site )
- 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]:

# 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 :

### 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 AUTORISÉS 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 :

### 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 AUTORISES 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 :

### **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]:

## 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]:

