



03.89.48.97.11
contact@syndicatscolaire-petitedoller.fr
2, place de Rochetoirin
ASPACH-LE-HAUT
68700 ASPACH-MICHELBAACH

A FOURNIR AVEC LE DOSSIER : PAR ENFANT

- ☐ 1 PHOTO D IDENTITE (2 pour les maternelles)
- ☐ JUSTIFICATIF DE DROIT DE GARDE (En case de séparation/divorce)
- ☐ ATTESTATION CAF (Obligatoire pour bénéficier des tarifs QF2/QF1)
- ☐ RIB (A privilégier pour le paiement)
- ☐ VACCINS ET MALADIES CONTAGIEUSES PAGE 90 A 95 DU CARNET DE SANTE
- ☐ ATTESTATION ASSURANCE SCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE 2022-2023
(⚠ Transmission obligatoire avant le 15/09/2022 sous peine d'annulation de l'inscription ⚠)
- ☐ 1 BOITE DE MOUCHOIRS
- ☐ 1 PAIRE DE CHAUSSONS (avec nom + prénom)

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 : peri@syndicatscolaire-petitedoller.fr

**PARENTS**

Le 11/05/2022

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 2022-2023

Date : __/__/____

Signature des Responsables légaux :

Nom :

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 : Lieu de naissance :	Date de naissance : Lieu de naissance :	Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : ☐ F ☐ M	Sexe : ☐ F ☐ M	Sexe : ☐ F ☐ 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: ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire spécifique: ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire spécifique: ☐ Oui ☐ 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.? ☐ Oui ☐ Non. Si oui, précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? ☐ Oui ☐ Non. Si oui, précisez :	Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? ☐ Oui ☐ 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 :
☐ à quitter seul l'accueil périscolaire à heures	☐ à quitter seul l'accueil périscolaire à heures	☐ 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).....

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.		
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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 :
☐ Responsabilité Civile	☐ Responsabilité Civile	☐ Responsabilité Civile
☐ Individuelle accident	☐ Individuelle accident	☐ 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 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 :

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 :

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 :

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
- ☐ 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]:



PLANNING DE RÉSERVATION ANNUEL DE SEPTEMBRE 2022 A JUILLET 2023

Planning réel de l'enfant donnant lieu à facturation

Nom et Prénom de l'enfant :

Niveau Scolaire Année 2022-2023 :

Petite Section ☐ Moyenne Section ☐ Grande Section ☐

CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐

JEUDI 1^{er} SEPTEMBRE (Rentrée) :

Matin

☐

Midi

☐

Soir

☐

ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN 7h15- début de classe				



RESTAURATION SCOLAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s) :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MIDI				



ACCUEIL PERISCOLAIRE SOIR

Cochez uniquement un des créneaux souhaités et le(s) jour(s) souhaité(s) :

N.B. : les ateliers thématiques continueront à vous être proposés, l'inscription se faisant sur un planning spécifique par période définie, disponible sur le site internet et à renvoyer par mail.

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
PERI 1 Sortie de classe -16h45				
OU				
PERI 1+2 Sortie de classe -17h45				
OU				
PERI 1+2+3 Sortie de classe -18h30				



ACCUEIL DE LOISIRS LE MERCREDI

Un programme d'activité sera disponible sur le site internet ou affiché au périscolaire.

	MERCREDI
MATIN 7h15- 12h15	

Signature des parents :

Cadre réservé au Syndicat Scolaire