



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

**A FOURNIR AVEC LE DOSSIER :**

- 1 PHOTO D IDENTITE **PAR ENFANT**
  - JUSTIFICATIF DE DROIT DE GARDE  
(En cas de séparation/divorce)
  - ATTESTATION CAF QUOTIENT FAMILIAL  
(Obligatoire pour bénéficier des tarifs QF2/QF1)
  - RIB (A privilégier pour le paiement)
  - PAGES 90 A 95 DU CARNET DE SANTÉ **MÊME SI VIERGES**  
(Ou 98 à 103 pour les carnets plus récents)
  - ATTESTATION ASSURANCE SCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE  
2025-2026 **PAR ENFANT**
-  Transmission obligatoire avant le 15/09/2025 sous peine d'annulation de l'inscription. 
- 1 BOITE DE MOUCHOIRS **PAR ENFANT**
  - POUR LES 1ERES ANNÉES MATERNELLES :** Sac avec vêtements de rechange (et couches/lingettes si l'enfant n'est pas propre)

2 Place de Rochetoirin  
 68700 ASPACH-MICHELBACH  
 Téléphone : 03/89/48/97/11  
 Fax :  
 E-Mail : peri@syndicatscolaire-petitedoller.fr



**RESPONSABLE LEGAL (1)**

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Complément d'adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone 1 :** ..... **Téléphone 2 :** .....

**E-mail :** ..... **Secteur :** .....

**Nationalité :** .....

**Qualité :** Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère

**Situation de famille :** Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé

**Profession :** ..... **Société de rattachement :** .....

**Employeur :** ..... **N° matricule :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone professionnel :** ..... **CSP :** .....

**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 :** ..... **Société de rattachement :** .....

**Employeur :** ..... **N° matricule :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone professionnel :** ..... **CSP :** .....

**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
- Justificatif droit de garde
- Attestation Quotient Familial CAF

**Quotient familial :** .....

- RIB
- VACCINS et MALADIES CONTAGIEUSES
- Attestation Assurance de l'année scolaire à venir

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

Signature(s) :

Nom : .....

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

<b>Enfant 1</b>	<b>Enfant 2</b>	<b>Enfant 3</b>
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
<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>		
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 :
<b>RECOMMANDATIONS DES PARENTS</b>		
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 :
<b>MEDECIN DE FAMILLE</b>		
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 périscolaires 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 n'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 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]:

# 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]:

# 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 2025 A JUILLET 2026

## Planning réel de l'enfant donnant lieu à facturation

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Niveau Scolaire Année 2025-2026 :

Petite Section  Moyenne Section  Grande Section

CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**LUNDI 1 SEPTEMBRE (Rentrée) : Matin**

**Midi**

**Soir**

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

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MATIN</b> 7h15- début de classe				

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

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MIDI</b>				

+ **ACCUEIL PERISCOLAIRE SOIR** Cochez uniquement un des créneaux souhaités et le(s) jour(s) souhaité(s) :

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

+ **ACCUEIL DE LOISIRS LE MERCREDI**

	MERCREDI
<b>MATIN</b> 7h15- 12h15	

Signature des parents :

Cadre réservé au Syndicat Scolaire