



# Dossier d'inscription

## Année 2020 / 2021

### Restauration scolaire Centre de Loisirs Accueils périscolaires

Concerne la famille :

.....  
.....

**A DEPOSER COMPLET A L'ACCUEIL DU SYNDICAT INTERCOMMUNAL  
SCOLAIRE DE VOISENON-MONTEREAU SUR LE JARD A LA MAIRIE  
D'AUBIGNY**

**AVANT LE 26 JUIN 2020**

L'inscription ne sera définitive qu'une fois l'ensemble des pièces justificatives déposées et le dossier complété et signé.

## CE DOSSIER CONTIENT

- 1 - Le dossier famille (pages 2 et 3)
- 2 - Le dossier d'inscription (page 4)
- 3 - La fiche sanitaire (page 5) : remplir une fiche par enfant inscrit
- 4 - Autorisations parentales et approbation du règlement (pages 5 et 6)

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

### OBLIGATOIRE

Pour toute la fratrie :

- Copie du Livret de famille
- Dernier avis d'imposition
- Relevé des prestations versées par la Caisse d'Allocations Familiales
- Certificat d'assurance extra-scolaire en cours de validité
- Jugement (si nécessaire dans le cas d'un divorce ou d'une séparation)
- Dossier famille intégralement rempli
- Autorisations parentales

Pour chaque enfant :

- Une fiche sanitaire par enfant ou jeune inscrit
- Copie du carnet de santé (uniquement la page des vaccinations)
- S'il s'agit de la première inscription : une photo d'identité de l'enfant

## DOSSIER FAMILLE

### PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

#### 1 - Monsieur / Madame (rayez la mention inutile) :

Nom et Prénom : .....

Adresse :

.....  
.....

☎ domicile : .....

☎ portable : .....

☎ travail : .....

Email : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

#### 2 - Monsieur / Madame (rayez la mention inutile) :

Nom et Prénom : .....

Adresse :

.....  
.....

☎ domicile : .....

☎ portable : .....

☎ travail : .....

Email : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Nom du responsable légal à qui les factures seront adressées : .....

PERSONNES DE CONFIANCE

Je soussigné (e) Madame Monsieur .....

Autorise Madame / Monsieur :

Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant.....

☎ portable : .....

Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant.....

☎ portable : .....

Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant.....

☎ portable : .....

Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant.....

☎ portable : .....

A récupérer mes enfants après les activités organisées par le Syndicat Intercommunal Scolaire de Voisenon/Montereau sur le Jard.

Fait à , le :

Signature des responsables légaux :

## ENFANTS

1 - Nom et Prénom : .....

Garçon                   Fille

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Classe à la rentrée 2020 / 2021 : .....

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales : .....

CAF de Seine-et-Marne / Autre : .....

2 - Nom et Prénom : .....

Garçon                   Fille

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Classe à la rentrée 2020 / 2021 : .....

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales : .....

CAF de Seine-et-Marne / Autre : .....

3 - Nom et Prénom : .....

Garçon                   Fille

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Classe à la rentrée 2020 / 2021 : .....

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales : .....

CAF de Seine-et-Marne / Autre : .....

4 - Nom et Prénom :.....

Garçon           Fille

Date de naissance : .....

Lieu de naissance :.....

Classe à la rentrée 2020 / 2021 : .....

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales :.....

CAF de Seine-et-Marne / Autre :.....

## FICHE SANITAIRE (REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

.....

### ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

.....  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

.....  
.....  
.....

### VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui       Non

Si oui, lequel : .....  
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire :      Sans porc

   Sans viande  (pas de repas de substitution)





## FICHE SANITAIRE (REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

.....

### ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

.....  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

.....  
.....  
.....

### VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui       Non

Si oui, lequel : .....  
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire :      Sans porc

   Sans viande  (pas de repas de substitution)



## FICHE SANITAIRE (REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

.....

### ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

.....  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

.....  
.....  
.....

### VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui       Non

Si oui, lequel : .....  
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire :      Sans porc

   Sans viande  (pas de repas de substitution)



## FICHE SANITAIRE (REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

.....

### ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

.....  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

.....  
.....  
.....

### VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui       Non

Si oui, lequel : .....  
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire :      Sans porc

   Sans viande  (pas de repas de substitution)



## AUTORISATIONS PARENTALES

(CE DOCUMENT CONCERNE L'ENSEMBLE DES ENFANTS)

Je soussigné (e) Madame Monsieur .....

Autorise mon / mes enfant(s) :

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

A participer aux activités organisées par le Syndicat Intercommunal Scolaire de Voisenon/Montereau sur le Jard

A être secouru(e) en cas d'accident (le responsable pourra en prendre la décision)

A être photographié(e) ou filmé(e). Les photos ou vidéos de mon enfant pourront être utilisées par le Syndicat Scolaire : Bulletin municipal, manifestations, expositions...

Fait à , le :

Signature des responsables légaux :

## APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e) Madame Monsieur .....

Responsable légal des enfants :

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

Nom et prénom.....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures municipales qui accueilleront mes enfants pendant l'année scolaire 2020/2021.

Approuve ce règlement intérieur ; Je veillerais personnellement à ce que mes enfants s'y conforment.

Fait à , le :

Signature des responsables légaux :