

DOSSIER

UNIQUE D'INSCRIPTION

Inscription valable pour les enfants de 3 à 15 ans*

LISTE DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR :



- Fiche sanitaire de liaison
- Carnet de santé à jour (pages relatives à la vaccination obligatoire ou attestation du médecin)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture énergie uniquement)
- Quotient Familial CAF ou MSA
- Attestation d'assurance scolaire concernant l'année en cours
- Selon la situation :
 - Copie du jugement de divorce ou séparation
 - Dossier PAI
 - Notification MDPH
 - Attestation AEEH

 **Tout dossier incomplet ne sera pas enregistré**

SERVICES PROPOSÉS COCHEZ LES CASES SOUHAITÉES :

- ☐ Inscription à la restauration scolaire
- ☐ Inscription à l'étude surveillée
- ☐ Inscription au périscolaire (pré et post scolaire)
- ☐ Inscription à l'Accueil de Loisirs (maternel et élémentaire, mercredis et vacances scolaires)



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

- Les réservations sont à effectuer sur l'Espace-Famille pour être valables : www.espace-citoyens.net/sainte-savine.
- Ce dossier est à retourner accompagné des pièces justificatives par mail : maisondesviennes@ste-savine.fr accompagné des pièces justificatives format .pdf ou par courrier : Maison des Viennes, 52 rue Paul Doumer, 10300 Sainte-Savine
- Les enfants de moins de 3 ans lors de la rentrée peuvent être admis aux accueils de loisirs périscolaires, extrascolaires ainsi qu'à la restauration scolaire, sous réserve de leur scolarisation et de l'obtention d'une dérogation délivrée par la Protection Maternelle et Infantile.

Cadre réservé à l'administration : dossier reçu le : ____/____/____, saisie le ____/____/____ par :

**EN CAS DE SÉPARATION OU DIVORCE,
UN DOSSIER DOIT ÊTRE ÉTABLI PAR CHAQUE REPRÉSENTANT.**



Représentant 1

NOM :
PRÉNOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL :
VILLE :
TÉLÉPHONE :
MAIL :
PROFESSION :
.....
EMPLOYEUR :
.....
TÉLÉPHONE :
MAIL :
SITUATION FAMILIALE :
LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :
.....

Représentant 2

NOM :
PRÉNOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL :
VILLE :
TÉLÉPHONE :
MAIL :
PROFESSION :
.....
EMPLOYEUR :
.....
TÉLÉPHONE :
MAIL :
SITUATION FAMILIALE :
LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :
.....

Enfant

NOM : PRÉNOM :
ENFANT EN GARDE ALTERNÉE : ☐ OUI ☐ NON
ADRESSE : ☐ REPRÉSENTANT 1 ☐ REPRÉSENTANT 2
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
ECOLE / COLLÈGE :
CLASSE :
RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ REPAS CLASSIQUE ☐ REPAS SANS VIANDE
PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, FOURNIR LE PAI
BÉNÉFICIAIRE ALLOCATION AEEH : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, FOURNIR L'ATTESTATION
DOSSIER MDPH : ☐ OUI ☐ NON SI OUI, FOURNIR L'ATTESTATION

EN CAS D'URGENCE / AUTORISATION



Personnes à appeler en cas d'urgence/autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie de l'activité (autre que les parents)

NOM, PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT : + TÉLÉPHONE :

NOM, PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT : + TÉLÉPHONE :

NOM, PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT : + TÉLÉPHONE :

NOM, PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT : + TÉLÉPHONE :



**SI LA PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT EST MINEURE,
MERCI DE JOINDRE UNE AUTORISATION ÉCRITE**



MON DOSSIER ALLOCATAIRE

Pour bénéficier d'un tarif adapté, cochez l'une des 3 options suivantes :

- ☐ Je suis allocataire CAF de l'Aube,
j'indique mon n° d'allocataire :
- ☐ Je suis allocataire MSA,
j'indique mon n° NIR (numéro de sécurité sociale) :
- ☐ Je ne suis pas allocataire

Pour information le Pôle Actions Educatives peut être amené à vérifier votre dossier CAF qui permettra à la collectivité de vérifier les informations transmises en vue d'adapter au plus juste la tarification.

Si vous faites le choix de ne pas transmettre votre numéro d'allocataire et/ou si votre dossier n'est pas à jour, le tarif maximum sera appliqué.

Pour tout parent arrivant sur le département de l'Aube en provenance d'un autre département, il convient de transférer votre dossier CAF en amont de l'inscription au service périscolaire.

JE FOURNIS UNE ATTESTATION DU QUOTIENT FAMILIAL DE L'ANNÉE EN COURS

DROIT À L'IMAGE

La mairie de Sainte-Savine effectue régulièrement des photos et/ou vidéos par leurs services pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la Ville de Sainte-Savine, à l'exclusion de toute exploitation commerciale. Cela concerne les supports « papier » (revues communales, brochures de présentation de service et/ou de loisirs, flyers, affiches) ainsi que les supports numériques (site de la Ville, Facebook et Instagram officiels).

J'autorise la prise de vue et la diffusion des images de mon enfant :

☐ OUI

☐ NON

DÉPART

J'autorise mon enfant inscrit en Accueil de Loisirs exclusivement élémentaire à sortir seul :

Des accueils périscolaires :

☐ OUI

☐ NON

Des accueils extrascolaires :

☐ OUI

☐ NON

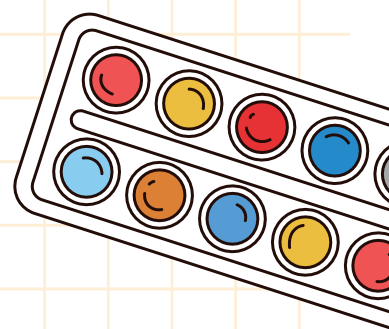


SORTIES PÉDAGOGIQUES

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par les Accueils de Loisirs périscolaires et extrascolaires :

☐ OUI

☐ NON



DÉCLARATION

Je soussigné(e),

Représentant légal de l'enfant :

Certifie l'exactitude des renseignements fournis dans le présent document et m'engage à respecter et à faire respecter à mon enfant les dispositions du règlement intérieur (*) régissant les différentes activités auxquelles il participe.

Je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, professionnelle ou d'allocataire CAF ou MSA intervenu en cours d'année, auprès des services de la Direction des Affaires Educatives, à la Maison des Viennes.

Fait à....., le.....

Signature du représentant 1

Signature du représentant 2

(*) **Le règlement intérieur est disponible sur l'Espace-famille et sur le site de la Ville (<https://www.sainte-savine.fr/accueil-des-jeunes>)**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD) vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation a

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2026-2027	ENFANT	
	Nom :	
	Prénom :	
	Date de naissance :	Sexe :
	Ecole :	Classe :
	Assurance :	Numéro de contrat :

RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Représentant 1	Représentant 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT	OUI	NON
Traitement médical en cours <i>Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de l'enfant)</i> Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance		
Allergie alimentaire Aliment concerné :		
Allergie médicamenteuse Nom du médicament :		
Autre allergie Objet : Conduite à tenir :		
Diabète et/ou Asthme Conduite à tenir :		

SITUATIONS PARTICULIERES		
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Objet du PAI :	Oui	Non
Enfant reconnu en situation de handicap Précisez le type de handicap :	Oui	Non

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE ET RECOMMANDATIONS (maladie, accident, hospitalisation, opération...):
--

J'autorise le personnel encadrant à utiliser les produits tels que les crèmes solaires, granulés homéopathiques d'Arnica, les crèmes pour les ecchymoses, les brûlures, en cas de nécessité.

☐ OUI ☐ NON

J'autorise l'organisateur, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e).....
responsable légal(e) de l'enfant.....,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A....., le.....

Signature du représentant légal :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.