



*Scolaire*

# **DOSSIER D'INSCRIPTION**

## **Ecole Maternelle Jules Ferry**

A rapporter à l'accueil de la Mairie

**Année scolaire 2026 - 2027**

# Documents à fournir

Photocopies à fournir en 2 exemplaires :

☐ Photocopie des vaccinations obligatoires  
Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).  
*Les personnes titulaires de l'autorité parentale doivent veiller au respect de cette obligation.*

- ☐ Livret de famille (toutes les pages)
- ☐ Attestation carte vitale
- ☐ Justificatif de domicile ou dérogation validée

Calcul du Quotient Familial 2026 : photocopies à fournir en 1 exemplaire :  
(pour les nouveaux arrivants)

- ☐ Le ou les avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (revenus du foyer Vertois, toutes les pages sont à fournir)
  - ☐ Un relevé des 3 derniers mois des prestations mensuelles d’allocations familiales  
(il pourra être demandé une attestation sur l’honneur en l’absence de prestations)
- ces documents sont valables pour la période de septembre à décembre 2026  
le ou les avis d'imposition 2026 sur les revenus de l'année 2025  
ainsi qu'un relevé des prestations mensuelles de la Caisse d'Allocations Familiales  
seront à fournir avant novembre 2026.

Attention : ne pas oublier de fournir une attestation d'assurance scolaire dès la rentrée

Ce dossier contient :

☐ la fiche de renseignements école maternelle Jules Ferry

☐ la fiche de renseignements Mairie de Vert Le Petit

☐ la fiche d’inscription au service de restauration

☐ la fiche sanitaire de liaison

☐ la fiche d’organisation de la rentrée scolaire 2026/2027 (à conserver)

Pour toute question sur les services vous pouvez contacter Mme DUFIN Elodie,  
responsable du service scolaire  
Tél : 01.64.93.24.02  
Mail : [scolaire@vertlepetit.fr](mailto:scolaire@vertlepetit.fr)

Pour toute question d’ordre scolaire vous pouvez contacter la directrice, Mme ORAIN,  
vous pourrez prendre rendez-vous pour une visite de l’école à partir de mai 2026.  
Tél : 01.69.90.30.06 (de préférence le mardi)  
Mail : [0910325j@ac-versailles.fr](mailto:0910325j@ac-versailles.fr)



**Objet : rentrée scolaire 2026**

Chères familles,

Votre enfant est né en 2023, c'est une année spéciale pour lui, ce sera sa première rentrée à l'école !

Merci de bien vouloir compléter ce dossier afin de procéder à l'inscription de votre enfant.

Si vous avez des questions sur les informations à fournir ou si vous avez besoin d'aide pour remplir le dossier, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail [scolaire@vertlepetit.fr](mailto:scolaire@vertlepetit.fr)

De plus, nous tenons à vous informer que les inscriptions aux services périscolaires et extrascolaires de la commune se font exclusivement sur internet via votre espace en ligne (dont les codes vous seront fournis après enregistrement de votre dossier).

Nous vous souhaitons une excellente rentrée scolaire, et nous nous réjouissons de vous rencontrer bientôt.

Cordialement,

Laure VIEIRA

Maire Adjointe en charge de l'enfance

---

Mairie de Vert-le-Petit

4, rue du Général Leclerc - 91710 Vert-le-Petit

Téléphone : 01 64 93 24 02 / Fax : 01 64 93 25 43 / Courriel : [mairie@vertlepetit.fr](mailto:mairie@vertlepetit.fr)

Site internet : [vertlepetit.fr](http://vertlepetit.fr)

## ORGANISATION DE LA RENTREE SCOLAIRE 2026-2027

### LES HORAIRES SCOLAIRES

Ecole maternelle Jules Ferry  
Ecole élémentaire Alain Savary

	7h00	7h30	8h30	11h45	13h45	16h30	19h00
Lundi		accueil périscolaire	classe	Temps de pause méridien - restauration scolaire	classe		accueil périscolaire
Mardi		accueil périscolaire	classe	Temps de pause méridien - restauration scolaire	classe		accueil périscolaire
Mercredi		Accueil de loisirs					
Jeudi		accueil périscolaire	classe	Temps de pause méridien - restauration scolaire	classe		accueil périscolaire
Vendredi		accueil périscolaire	classe	Temps de pause méridien - restauration scolaire	classe		accueil périscolaire

Les accueils périscolaires et extrascolaires nécessitent **une inscription obligatoire uniquement auprès des services de la mairie. L'inscription se fait par internet via votre espace en ligne. Vos codes vous sont fournis suite au dépôt de votre dossier.**

### L'ACCUEIL DU MATIN

Ecole maternelle Jules Ferry et école élémentaire Alain Savary

- **7H00 - 8H30** : Accueil des enfants inscrits à l'accueil du matin, accueil encadré par des animateurs
- **8h30** : ouverture des grilles des écoles

Les enfants entrant dans l'école à 8h30 sont sous la responsabilité des enseignants.

### LA RESTAURATION SCOLAIRE

Service proposé les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 11h45 à 13h35, sur inscription auprès du service scolaire.

### L'ACCUEIL DU SOIR

Ecole maternelle

- **16H30 – 19H00** : accueil encadré par des animateurs pour les enfants **inscrits** à l'accueil du soir

*Aucun enfant de maternelle ne peut quitter seul l'accueil du soir*

## Ecole élémentaire - 3 options

### **Option 1 : accueil périscolaire du soir**

- **16H30 – 19H00** : Garderie encadrée par des animateurs pour les enfants inscrits à l'accueil du soir

### **Option 2 : étude à partir du jour de la rentrée :**

- **16H30 – 17H00** : récréation des enfants inscrits à l'accueil « **étude surveillée** » du soir
- **17H00 – 18H00** : Etude assurée par des enseignants et des agents municipaux
- **18H00** : Départ des enfants

Les enfants sont accompagnés à la grille et repris par les parents ou les personnes autorisées. Ils peuvent également quitter l'école seuls avec une **autorisation parentale écrite**.

### **Option 3 : étude + accueil périscolaire après étude**

- **16H30 – 17H00** : récréation des enfants inscrits à l'accueil « **étude surveillée** » du soir
- **17H00 – 18H00** : Etude surveillée assurée par des enseignants et des agents municipaux
- **18H00 – 19H00** : Garderie encadrée par des animateurs

*Pour l'accueil du soir, le goûter est à fournir par les familles, marqué au nom de l'enfant.*

## ORGANISATION DU MERCREDI ET VACANCES SCOLAIRES :

**Le mercredi et pendant les congés scolaires**, l'accueil de loisirs reçoit vos enfants sur inscription le mercredi et les vacances scolaires.

Contact : [inscription@vertlepetit.fr](mailto:inscription@vertlepetit.fr)

## LE QUOTIENT FAMILIAL ET LA FACTURATION

### **Le quotient familial (calculé par année civile)**

Votre tranche de Quotient Familial (QF) est déterminée chaque année à partir des documents fournis, à savoir :

Pour l'année 2026 :

- le ou les avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (revenus du foyer, toutes les pages sont à fournir)
- un relevé des prestations mensuelles versées par la Caisse d'Allocations Familiales des 3 derniers mois
- un justificatif de domicile de moins de 3 mois

**Ces documents sont valables pour la période de janvier à décembre 2026.**

Le ou les avis d'imposition 2026 sur les revenus de l'année 2025, ainsi qu'un relevé des 3 derniers mois des prestations mensuelles de la Caisse d'Allocations Familiales, seront à fournir au service scolaire avant le mois de novembre 2026.

Chaque service périscolaire et extrascolaire est facturé selon le Quotient Familial.

Une facture est éditée chaque début de mois pour le mois écoulé. Les factures sont visibles sur votre espace personnel sur le « portail familles » via notre site internet <https://portail.berger-levrault.fr/MairieVertLePetit91710/accueil>

*Pour toute question n'hésitez pas à contacter le service scolaire : [scolaire@vertlepetit.fr](mailto:scolaire@vertlepetit.fr)*



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

- ☐ Ecole maternelle  
☐ Ecole élémentaire

Niveau scolaire 2026-2027 :  
.....

### A RETOURNER AU SERVICE SCOLAIRE

ENFANT	RENSEIGNEMENTS SANITAIRES
Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Résidence : ..... <input type="checkbox"/> chez les deux parents      Précisez l'adresse : ..... <input type="checkbox"/> chez la mère      Précisez l'adresse : ..... <input type="checkbox"/> chez le père      Précisez l'adresse : ..... <input type="checkbox"/> en garde alternée      Précisez l'adresse du père et de la mère ci-dessus.  Nombres de frères : .....      Nombres de sœurs : ..... Prénoms      Age      Lieu de scolarisation ..... ..... .....	Allergie(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser : ..... Traitement médical ..... PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b><u>Se rapprocher des responsables école et mairie en cas de PAI</u></b>  Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> sans viande  Informations : <input type="checkbox"/> port de lunettes <input type="checkbox"/> port de yoyos <input type="checkbox"/> autre : .....  <b>ASSURANCE</b> <input type="checkbox"/> responsabilité civile <input type="checkbox"/> individuelle accident Compagnie : ..... N° contrat ..... <b>Fournir une copie de l'attestation d'assurance</b>
RESPONSABLES LEGAUX	PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET /OU AUTORISEES A LA REPRISE DE L'ENFANT (hors responsables légaux)
Nom et prénom : ..... Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre : précisez : ..... Adresse : ..... <i>(si différente de l'enfant)</i> ☎ domicile : ..... ☎ Portable : ..... ☎ Travail : ..... ✉ Mail : .....  Nom et prénom : ..... Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre : précisez : ..... Adresse : ..... <i>(si différente de l'enfant)</i> ☎ domicile : ..... ☎ Portable : ..... ☎ Travail : ..... ✉ Mail : .....  <b>Autre (précisez) :</b> Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ☎ domicile : ..... ☎ Portable : ..... ☎ Travail : ..... ✉ Mail : .....	Les personnes autorisées doivent être munies d'une pièce d'identité  Nom et prénom ..... Lien avec l'enfant ..... <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence ☎ ..... <input type="checkbox"/> Autorisé à la reprise de l'enfant  Nom et prénom ..... Lien avec l'enfant ..... <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence ☎ ..... <input type="checkbox"/> Autorisé à la reprise de l'enfant  Nom et prénom ..... Lien avec l'enfant ..... <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence ☎ ..... <input type="checkbox"/> Autorisé à la reprise de l'enfant  <b>ATTENTION : LES ENFANTS SCOLARISES EN ECOLE MATERNELLE NE PEUVENT EN AUCUN CAS QUITTER SEULS L'ECOLE</b>  Les demandes ponctuelles doivent faire l'objet d'une demande écrite.
SITUATION FAMILIALE DES PARENTS	AUTORISATION DE COMMUNICATION
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> pacsés <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> séparés (fournir copie de la décision du juge des affaires familiales) <input type="checkbox"/> divorcés (fournir copie du jugement de divorce) Préciser l'autorité parentale <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> à la mère <input type="checkbox"/> au père	➤ autorisation de photographie de mon enfant et de prise vidéo, ainsi que sa publication éventuelle sur tous les supports d'informations municipales (internet, journaux, revues.....) <i>Autorisation valable pour l'année scolaire 2026/2027</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toute modification en Mairie.</b> Date et signature	

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe: M ☐ F ☐

Né (e) le : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département): \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée en France (si né à l'étranger) : \_\_\_\_\_ Nombres de frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ancienne école : \_\_\_\_\_ Code postal / commune : \_\_\_\_\_  
(si changement d'école)

## RESPONSABLES LEGAUX

**Parent 1** NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM MARITAL : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
(se référer au document joint)Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de l'enfant)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Parent 2** NOM : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_  
(se référer au document joint)Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de l'enfant)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal : (personne physique ou morale)**Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne référente : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## AUTRES RESPONSABLES

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie du matin : Oui ☐ Non ☐ Garderie du soir : Oui ☐ Non ☐

Transport scolaire : Oui ☐ Non ☐ Cantine scolaire : Oui ☐ Non ☐

## ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_  
(joindre l'attestation)

## DIVERS (port de lunettes ou de diabolos, problèmes de santé, allergies, restrictions alimentaires...)

## AUTORISATION (à remplir par les deux parents)

**Parent 1 :** ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

**Parent 2 :** ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (mode de garde avant l'école, système de garde si parents séparés...)

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

Signature : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**En cas de changement. Merci de le signaler le plus rapidement possible à l'enseignant de votre enfant**



## Codes des professions et des catégories socio-professionnelles (à renseigner ci-contre)

Code *	Libellé
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>	
10	Agriculteurs exploitants
<b>ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES</b>	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
<b>PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES</b>	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
<b>EMPLOYÉS</b>	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers

Code *	Libellé
<b>OUVRIERS</b>	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
<b>RETRAITÉS</b>	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
<b>AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(\*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION - ECOLE MATERNELLE JULES FEERY  
RESTAURATION SCOLAIRE***A RETOURNER AU SERVICE SCOLAIRE***RENSEIGNEMENTS**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe 2026/2027 : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION SERVICE DE RESTAURATION SCOLAIRE**

Les inscriptions aux services périscolaires et extrascolaires se font exclusivement en ligne depuis votre espace personnel.

Toutefois pour nous aider à établir un planning prévisionnel, nous vous invitons à compléter le tableau ci-joint, sans engagement de votre part. Vous pourrez ensuite finaliser votre inscription en ligne.

**Restaurant scolaire**☐ Mon enfant déjeunera au restaurant scolaire de façon régulière :

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
11h45 - 13h45				

☐ Mon enfant déjeunera au restaurant scolaire selon un planning☐ Mon enfant ne déjeunera pas au restaurant scolaire*Régime alimentaire particulier :* ☐ sans porc ☐ sans viande

Nous vous informons que les jours de plat unique où la viande est intégrée aux légumes, il n'y aura pas de possibilité de repas de remplacement sans viande.

Depuis votre espace en ligne vous pourrez gérer vos demandes d'inscriptions et d'annulations.

A noter que vous avez un délai de **48h ouvrés avant le jour du repas**.

Les absences pour maladie pourront être déduites de la facturation à ces 2 conditions :

- prévenir de l'absence le jour même
- transmettre un certificat médical, à fournir dès le retour de l'enfant.

□

## TRANSPORT SCOLAIRE

La commune propose en collaboration avec la Communauté de Communes du Val D'Essonne (CCVE) un service de transport pour les élèves des écoles maternelle et élémentaire, une inscription préalable auprès de la CCVE est nécessaire.  
Il s'agit d'un service payant.

Retrouvez toutes les infos sur le site internet de la CCVE rubrique transport.

<https://valessonne.fr/>

### **Transport scolaire du matin \***

lundi	mardi	jeudi	vendredi

### **Transport scolaire du soir \***

lundi	mardi	jeudi	vendredi

*\*cocher le ou les jours où l'enfant sera inscrit.*

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toute modification en Mairie.

Date, nom et signature du ou des responsable(s) légal (légaux) :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

**MEDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐  
AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.  
.....  
.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)  
.....  
.....

**4-RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, .....responsable(s)  
légal(légaux) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe  
d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention  
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un  
service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :