



**DOSSIER INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENTS
RENTÉE 2025-2026 (scolaire, Périscolaire,
transport scolaire)**

Ce dossier individuel de renseignements concerne chaque enfant fréquentant l'école maternelle ou élémentaire, et/ou le centre de loisirs.

Sans le retour de ce dossier, votre enfant ne pourra pas bénéficier des différentes prestations et activités proposées pendant le temps scolaire, périscolaire et extra-scolaire.

Celui-ci devra donc être retourné en Mairie au service scolaire dûment complété et signé.

Pour tous renseignements :

Service scolaire

Tel : 01 69 31 56 71

Courriel : scolaire@villejust.fr

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, en contactant la Direction générale des services de la ville. Le contact du Délégué à la Protection des données est dpo@villejust.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Informatique et Libertés (www.cnil.fr)



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

REINSCRIPTION

RENTRÉE 2025/2026

Je m'engage en cas de changement de situation et/ou de coordonnées à le signaler au service scolaire.

ENFANT

NOM ET PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Sexe : F M

Ecole : Maternelle Elémentaire

Classe 2025-2026 :

RESPONSABLES LEGAUX/TUTEURS

RESPONSABLE LEGAL 1/TUTEUR :

Nom et Prénom.....

Date et lieu de naissance :

 Portable :.....  Professionnel :..... Domicile :.....





.....@.....

Profession :

N° d'allocation familiale :

RESPONSABLE LEGAL 2/TUTEUR :

Nom et Prénom.....

Date et lieu de naissance :

 Portable :.....  Professionnel :..... Domicile :.....



@.....

Profession :

N° d'allocation familiale :

N° et nom Assurance.....

Pour la connexion au portail famille, veuillez nous indiquer votre adresse mail :

 :

AUTORISATIONS

Autorise en cas d'accident, la Ville de Villejust à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs-pompiers ou du SAMU.

OUI

NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

| VACCINATIONS | DATE DERNIER RAPPEL |
|--|---------------------|
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche Haemophilus influenzae B | |
| Rougeole Oreillons Rubéole | |
| Hépatite B | |
| Pneumocoque | |
| Méningocoque C | |
| AUTRES | |
| | |
| | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

| | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Lentilles | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Lunettes | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Prothèses auditives | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

| | |
|--|------------------------------|
| <u>REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE</u> | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Nécessite le régime alimentaire suivant (PRECISER)..... | |
| Allergies alimentaires (PRECISER)..... | |

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <u>PAI</u> (projet d'accueil individualisé) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <u>Allergies</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Médicamenteuse(s) : | Autres : |
| <u>Difficultés de santé</u> : A préciser | | |
| <u>Maladies contractées</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Angine |
| | | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| | | <input type="checkbox"/> Autres |

PRESTATIONS SCOLAIRES

*Les inscriptions aux différentes prestations seront enregistrées par le Service Scolaire, suivant vos indications ci-dessous, pour toute l'année scolaire. Les inscriptions seront modifiables par vos soins suivant vos dates choisies et selon les modalités du guide scolaire.

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|--|---|---|------------------------------|---|---|
| Restaurant scolaire* | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Etude à partir du CP | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Transport scolaire | <input type="checkbox"/> oui | | <input type="checkbox"/> non | | |
| Autorise mon enfant à rentrer seul à la descente du bus scolaire | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |

Personnes à appeler en cas d'urgence ou à prendre l'enfant à la sortie (munies d'une pièce d'identité)

| | |
|---|---|
| Nom et Prénom : | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents) |
| ☎ : Lien avec l'enfant : | <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant |
| ----- | |
| Nom et Prénom : | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents) |
| ☎ : Lien avec l'enfant : | <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant |
| Nom et Prénom : | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents) |
| ☎ : Lien avec l'enfant : | <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant |

CENTRE DE LOISIRS

Les inscriptions seront faites par les parents sur le Portail famille et modifiables par vos soins selon les modalités du guide scolaire.

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|--|---|---|---|---|---|
| MERCREDI | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| VACANCES SCOLAIRES | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <u>Autorisations</u> | | | | | |
| Autorisation d'être informé par SMS : | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorise mon enfant à être photographié et / ou filmé, pour une utilisation sur tous supports de communication interne et/ou externe : | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule municipal : | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorise le responsable de l'établissement, en cas d'accident, à pratiquer les soins nécessaires à mon enfant, sur avis médical, et si besoin mon enfant sera transporté à l'hôpital : | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorise mon enfant à effectuer des sorties en car : | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs *: | | | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| *Une autorisation de sortie sera demandée pour que votre enfant puisse quitter le centre de loisirs seul | | | | | |

Date :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature Responsable 1

Signature Responsable 2