



**DOSSIER INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENTS  
RENTÉE 2026-2027 (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 accompagné des pièces suivantes :

- copie livret de famille
- copie du carnet de santé (pages de vaccinations)
- copie justificatif de domicile de moins de 3 mois
- En cas de séparation des parents, toutes pièce justificative de l'attribution du droit de garde (jugement, courrier des deux parents)
- copie d'un document de la CAF faisant mention de votre numéro d'allocataire
- copie attestation d'assurance scolaire (nom, adresse, n° d'adhésion), sera à fournir à l'école et au centre de loisirs à la rentrée de septembre 2026).

Pour tous renseignements :

Service scolaire

Tel : 01 69 31 56 71

Courriel : [scolaire@villejust.fr](mailto: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](mailto:dpo@villejust.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Informatique et Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))*



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS RENTÉE 2026/2027

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 2026-2027 :

### 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	<u>DATE DERNIER RAPPEL</u>
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

### **REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE**

☐ NON

☐ Nécessite le régime alimentaire suivant (PRECISER).....

Allergies alimentaires (PRECISER).....

**PAI** (projet d'accueil individualisé) :

☐ OUI

☐ NON

### **Allergies**

☐ Asthme

☐ Médicamenteuse(s) : .....

Autres : .....

**Difficultés de santé :** A préciser .....

### **Maladies contractées**

☐ Rubéole

☐ Coqueluche

☐ Rougeole

☐ Scarlatine

☐ Varicelle

☐ Otite

☐ Angine

☐ 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
<b>Restaurant scolaire*</b>	<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
<b>Etude à partir du CP</b>	<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
<b>Transport scolaire</b>	<input type="checkbox"/> oui			<input type="checkbox"/> non	
Autorise mon enfant à rentrer seul à la descente du bus scolaire <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>					

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

Nom et Prénom : ☎ :                      Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents) <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
-----	
Nom et Prénom : ☎ :                      Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents) <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Nom et Prénom : ☎ :                      Lien avec l'enfant :	
<div style="float: right; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence (après appel parents)  <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant           </div>	

## 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
<b>MERCREDI</b>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>VACANCES SCOLAIRES</b>	<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 : <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> Autorise mon enfant à être photographié et / ou filmé, pour une utilisation sur tous supports de communication interne et/ou externe : <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule municipal : <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> 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 : <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> Autorise mon enfant à effectuer des sorties en car : <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> Autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs *: <span style="float: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></span> <b>*Une autorisation de sortie sera demandée pour que votre enfant puisse quitter le centre de loisirs seul</b>					

Date :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature Responsable 1

Signature Responsable 2