

**SERVICE ENFANCE**

**Affaire suivie par Françoise DELALANDRE**

**Objet : Inscription scolaire des enfants**

**Ecole Maternelle Les Lutins - Ecole Primaire Jules Verne**

Madame, Monsieur,

Les préinscriptions scolaires commenceront le **2 Février 2026**.

Merci de me transmettre :

- La copie de votre livret de famille au complet (pages parents et enfants),
- L'Assurance d'habitation,
- Attestation de quotient Familial (CAF)
- Le carnet de santé de l'enfant (pages des vaccins)
- Fiche de renseignements ECOLE (Reto/Verso)
- Fiche sanitaire de liaison
- Certificat de radiation (si déjà scolarisé dans une autre école).
- Si votre enfant a des allergies alimentaires ou autres le signaler pour prévoir un Plan d'accueil individualisé (PAI).

Vous pouvez nous transmettre tous ces éléments par courrier ou par mail à l'adresse : [enfancejeunesse@octevillesurmer.fr](mailto:enfancejeunesse@octevillesurmer.fr) avant le **31 Mars 2026**.

Si vous rencontrez une difficulté, n'hésitez pas à nous contacter au 02.35.54.62.84.

Le certificat de scolarité sera directement remis aux directrices des écoles Maternelle et Primaire.

Pour l'école maternelle, un rendez-vous avec la directrice est obligatoire (voir le courrier ci-joint).

**Une visite des écoles sera prévue le :**

- **École Maternelle les Lutins le**  
**SAMEDI 27 JUIN : groupe 1 de 9h45 à 10h45 / groupe 2 de 11h à 12h**  
(les familles s'inscriront sur l'un des deux groupes lors de l'inscription à l'école avec la directrice)
- **École Primaire Jules Verne le SAMEDI 6 JUIN à 10 heures**

Je vous prie d'agréer Madame, Monsieur, mes salutations distinguées



## **A l'attention des parents de l'Ecole Maternelle LES LUTINS**

Chers parents,

### **Rentrée :**

La rentrée scolaire aura lieu le **mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026**.

- Les élèves de **Petite section** seront accueillis une partie de la matinée avec une **rentrée échelonnée en 2 groupes** (le planning sera affiché le vendredi 31 août).  
Ils pourront être accueillis l'après-midi, si les parents le souhaitent (mais nous vous conseillons, dans la mesure du possible, de privilégier une rentrée uniquement la matinée afin de permettre à votre enfant de s'adapter en douceur à l'école et à sa classe).

**Pas de cantine ni d'accueils périscolaires** (matin et soir).

**Accueil à la journée avec cantine à partir du jeudi 3 septembre 2026.**

- Les élèves de **Moyenne et Grande section** seront **accueillis à la journée avec cantine et accueils périscolaires** (matin et soir) dès le 1er jour.

Les listes des classes seront affichées à l'école le lundi 31 août 2026 (l'après-midi).

### **Inscription :**

Une fois votre inscription faite en mairie, merci de contacter la directrice pour convenir d'un rendez-vous à partir du mois de mars.

Mail : [ce.0762432f@ac-normandie.fr](mailto:ce.0762432f@ac-normandie.fr)

Téléphone : 02-35-46-25-98 (le mardi)

### **Visite de l'école :**

Une visite de l'école est prévue le **samedi 27 juin 2026 en deux groupes : groupe 1 de 9h45 à 10h45/ groupe 2 de 11h à 12h** (les familles s'inscriront sur l'un des deux créneaux lors de l'inscription à l'école avec la directrice)

La direction,

Marie BREDEL



## Fiche de renseignements

OCTEVILLE SUR MER  
ANNEE 2025/2026

SECTION :

### ELEVE

Nom d'usage : .....

Prénoms : ..... / ..... / .....

Date de Naissance : / / Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### REPRESENTANTS LÉGAUX

**PARENT 1** Autorité parentale OUI / NON Date de naissance : .....

NOM d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville .....

Courriel : ..... @.....

Téléphone ; Portable : ..... Domicile : ..... Travail : .....

Profession : ..... N° Poste : .....

### REPRESENTANTS LÉGAUX

**PARENT 2** Autorité parentale OUI / NON Date de naissance : .....

NOM d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville .....

Courriel : ..... @.....

Téléphone ; Portable : ..... Domicile : ..... Travail : .....

Profession : ..... N° Poste : .....

Mairie d'Octeville-sur-mer

Place du Général de Gaulle 76930 Octeville-sur-mer Tél. : 02.35.54.62.80 Fax : 02.35.54.56.06  
mairie@mairie-octevillesurmer.fr - [www.octeville-sur-mer.fr](http://www.octeville-sur-mer.fr)

Autre responsable  
légal

Autorité parentale : OUI / NON

Non d'usage : .....

Nom d jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Courriel : ..... @.....

Téléphones : Portable : ..... Domicile : ..... Travail : .....

Profession : .....

N° poste : .....

---

**Autres personnes à appeler en cas d'urgence et/ ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie des classes**

NOM : ..... Prénoms : .....

Lien avec l'enfant : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone Portable : ..... Domicile : .....

A appeler en cas d'urgence OUI / NON

Autorisé(e) à prendre l'enfant : OUI / NON

---

NOM : ..... Prénoms : .....

Lien avec l'enfant : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone Portable : ..... Domicile : .....

A appeler en cas d'urgence OUI / NON

Autorisé(e) à prendre l'enfant : OUI / NON

---

NOM : ..... Prénoms : .....

Lien avec l'enfant : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone Portable : ..... Domicile : .....

A appeler en cas d'urgence OUI / NON

Autorisé(e) à prendre l'enfant : OUI / NON

## Informations périscolaire et cantine

Garderie le matin : OUI / NON

Garderie le soir : OUI / NON

Restaurant scolaire : OUI / NON

---

## AUTORISATIONS

A remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes

**Parent 1 :** J'autorise mon enfant à être photographié et filmé OUI / NON

**Parent 2 :** J'autorise mon enfant à être photographié et filmé OUI / NON

---

## SANTE / ALLERGIE

Votre enfant a-t-il un problème de santé : OUI / NON

Lesquels ? Allergies, asthme, autre : .....

**Rappel ; aucun médicament ne sera délivré par l'école et la Mairie sans l'établissement d'un PAI (protocole signé entre parents, médecin scolaire, école et mairie)**

---

**Nous nous engageons à signaler à l'école et à la Mairie tous changements modifiant les informations mentionnées sur cette fiche**

Date :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Services Enfance-Jeunesse de la Mairie d'OCTEVILLE SUR MER  
Année scolaire 20..... / 20.....

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

Sexe :  Masculin  Féminin

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

**La fiche sanitaire de liaison est obligatoire, elle est à compléter par les parents et à remettre à la mairie lors de l'inscription de votre enfant au Service Enfance-Jeunesse et doit être renouvelée chaque année.**  
(Restauration scolaire, Accueil périscolaire, Accueil de loisirs le mercredi, Accueil de loisirs pendant les vacances).

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant.

**En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli dans les services municipaux.**

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

### ALLERGIES :

ASTHME

oui  non

ALIMENTAIRES

oui  non

ALIMENTATION SANS PORC

oui  non

MÉDICAMENTEUSES

oui  non

AUTRES.....

### SUIVI DES ENFANTS ASTHMATIQUES

Mon enfant fait des crises d'asthme nécessitant d'avoir une Ventoline à disposition. J'autorise l'équipe pédagogique à donner à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance jointe (à grafer à la demande), selon les termes de la prescription (par voie orale ou inhalée). **Les médicaments (avec nom et prénom inscrits sur les boîtes) et l'ordonnance sont remis par les parents à l'équipe d'animation.**

Certifie que mon enfant ne fait plus de crise d'asthme.

Ne juge pas nécessaire de fournir une Ventoline à l'équipe périscolaire.

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

En cas de pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies, **un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place** (renseignements auprès du Directeur de l'école).

En cas d'allergie ou régime alimentaire spécifique, merci de fournir une photo récente de l'enfant.



## L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

## Adresse

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. bureau

autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à  le

Signature obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé » :