



Constitution du Dossier d'inscription 2026 - 2027

Documents à fournir :

- ☐ 1 photo d'identité
- ☐ Photocopie du livret de famille les pages : père, mère, enfant(s) OU carte d'identité
- ☐ Photocopie du jugement si divorce
- ☐ Dossier intégralement complété
- ☐ Fiche sanitaire à compléter ci-jointe + photocopie des pages de vaccination
- ☐ Fiche PAI uniquement pour les élèves ayant des troubles de la santé
- ☐ Photocopies des bilans et diagnostics des spécialistes pour toute demande de Plan d'accompagnement personnalisé concernant les enfants présentant des Troubles des apprentissages ou des troubles du neuro-développement (TDAH, Dys, HPI, TSA...)

- ☐ Photocopie des bulletins de notes et/ou livrets de compétences de l'enfant pour les nouveaux élèves, (sauf pour les élèves entrant en Petite Section de maternelle)
- ☐ Photocopie du certificat de radiation si le (ou les) enfant(s) étai(en)t scolarisé dans un autre établissement

Validation du dossier :

- ☐ S'acquitter des frais d'inscription payable en espèces ou virement
- ☐ Compléter, dater et signer le contrat d'engagement

Pour les nouveaux élèves inscrits dans les classes élémentaires

- ☐ Fournir le livret de notes de l'année précédente

*** En cas de désistement avant la rentrée, les frais d'inscription ne sont pas remboursés**

L'inscription ne sera définitive qu'après le retour du dossier d'inscription complet et dans la limite des places disponibles ainsi que la rencontre avec l'équipe de direction. La présence de votre enfant est indispensable le jour de l'entretien.

TARIF 2026/2027 :

Frais d'inscription par enfant : 1 000 DH

Frais de scolarité annuel par enfant maternelle / élémentaire : 10 000 DH

Frais de scolarité annuel par enfant à partir du CE6 : 11 500 DH

*** - 10% en cas de paiement en une fois.**

FRAIS DE SCOLARITÉ FRATRIES : - 10 % à partir de 3 enfants.

(Les frais d'inscription peuvent être réglés en plusieurs fois en fonction du nombre d'enfants.)



Renseignements concernant l'élève

NOM		DATE ET LIEU DE NAISSANCE	_____
PRENOM			_____
SEXE	F ☐ G ☐	FRÈRES ET SŒURS	
ADRESSE			
SCOLARITÉ ANTÉRIEURE	MODALITÉ D'ENSEIGNEMENT (école privée, publique, IEF...)	CLASSES	PAYS / VILLE

Cadre réservé à l'administration

Date d'inscription :

Classe demandée :

Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) :

Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) :

Projet d'accueil personnalisé (PAI) :

Projet personnalisé de scolarisation (PPS) :



Renseignements concernant les responsables legaux

Autorité parentale : Père OUI ☐ NON ☐ Mère OUI ☐ NON ☐

NOM DU PERE		NOM DE LA MERE	
PRENOM DU PERE		PRENOM DE LA MERE	
ADRESSE		ADRESSE SI DIFFERENTE	
MAIL		MAIL	
TELEPHONE		TELEPHONE	
COORDONNEES D'UN TIERS TUTEUR			

J'autorise le centre à me rajouter sur le groupe whatsapp dédié à la communication interne (uniquement pour les mamans)

OUI ☐ NON ☐

Situation des parents	DATE ET SIGNATURE DU PERE	DATE ET SIGNATURE DE LA MERE
Mariés ☐		
Veuf/veuve ☐		
Divorcés ☐		
Autres ☐		



AUTORISATIONS

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT A LA SORTIE OU EN CAS DE RETARD

J'autorise Mr ou Mme à récupérer mon enfant (fournir photocopie de la pièce d'identité)

J'autorise Mr ou Mme à récupérer mon enfant (fournir photocopie de la pièce d'identité)

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise le centre à emmener mon enfant dans le cadre de sorties éducatives (les parents seront informés en amont de chaque sortie proposée tout au long de l'année)

OUI ☐ NON ☐

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le centre à réaliser des photos ou vidéos (sans visage) dans le cadre de la communication de l'établissement.

OUI ☐ NON ☐

TRANSPORT SCOLAIRE

Je sollicite le transport scolaire pour mon enfant et autorise à ce titre mon enfant à être récupérer par la personne habilitée à la sortie des classes jusqu'au lieu convenu de dépôt.

OUI ☐ NON ☐

DATE ET SIGNATURE



TRANSPORT SCOLAIRE

DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE

Nom prénom du ou des enfants

Classe

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

Adresse de récupération

Adresse de dépôt

Les horaires de passage vous seront signifiés avant la rentrée et ne peuvent en aucun cas être modifiés sauf cas exceptionnel en accord avec les tierces parties.

DATE ET SIGNATURE



INFORMATIONS EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en remplissant toute la feuille.

Enfant :

Nom/ Prénom :

Date de naissance :Classe

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

Téléphone portable à contacter en priorité :

Nom et N° du travail du père.....

Nom et N° du travail de la mère :

Nom et n° de téléphone d'une personne (autre que les parents) à contacter en cas d'urgence :

1/

2/

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

.....

Groupe sanguin.....

Particularités médicales à signaler (allergies, traitements en cours, précautions particulières)

.....
.....
.....

Signature du père :

Signature de la mère :

ou autre représentant légal :



FICHE SANITAIRE

Enfant Nom / Prénom :
Sexe Garçon : ☐ Fille : ☐

Date de naissance :
Classe

Groupe sanguin

1- VACCINATIONS : cocher la case si la vaccination est à jour (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

BCG ☐ DT Polio ☐ Hépatite B ☐ Rubéole-Oreillons-Rougeole ☐
Coqueluche ☐ Autres (préciser) ☐

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'état de santé de votre enfant nécessite-il la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé ?

Oui : ☐ Non : ☐

L'enfant suit un traitement médical particulier : Oui : ☐ Non : ☐

si oui, compléter sur le PAI (Projet d'Accompagnement Individualisé). 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.

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies : Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Autres :

Votre enfant fait-il de l'asthme ? Si oui, prends-t-il un traitement ?

Difficultés de santé

Les indiquer ci-dessous (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....informations complémentaires

Votre enfant porte-il :

Lunettes ☐ oui ☐ Non Des prothèses auditives ☐ Oui ☐ Non

Lentilles ☐ oui ☐ Non Un appareil dentaire ☐ Oui ☐ Non

Recommandations utiles des parents

.....

3- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

Nom / Prénom :

Adresse :

Nom et tel du médecin traitant (facultatif) :

.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant :

certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche.

Signature

CONTRAT D'ENGAGEMENT MORAL ET FINANCIER

Je soussigné(e),
responsable légal de,
sollicite l'inscription de mon enfant au sein du centre Les Jardins du Savoir pour
l'année/.....

A ce titre, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et de le
respecter.

Je m'engage à régler la somme de 1 000 dh correspondant aux frais d'inscription
de mon enfant afin de garantir sa place. Je suis conscient(e) qu'en cas de
désistement de ma part, cette somme restera acquise par l'établissement.

Je m'engage à régler les frais de scolarité d'un montant de dh
pour l'année scolaire 20..../20....

Tout mois entamé est dû. En cas de départ en cours de mois, la somme engagée
n'est pas remboursée. Un préavis de 15 jours est sollicité afin de permettre la
transmission des dossiers et faciliter les transferts.

Je m'engage à régler les frais de transport scolaire d'un montant de
..... dh mensuel.

Modalités de paiement : ☐ Espèces ☐ Virement

SIGNATURE :



ECHEANCIER DE PAIEMENT

Enfant Nom / Prénom :

Classe :

Réservé à l'administration	MONTANT	PAYE LE	Par
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			



**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)
POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTE**

ÉLÈVE CONCERNE

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Classe : _____

RÉFÉRENTS A CONTACTER :

Indiquer un numéro de téléphone joignable pendant le temps scolaire et péri-scolaire.
Père _____ Mère _____ Autre _____

Médecin référent : Nom / Prénom _____
Téléphone _____

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE :

PRISE DE MÉDICAMENTS : (hors urgence, en application de l'ordonnance du médecin jointe)

Nom du médicament	Posologie,	Voie administration	Lieu de rangement	Personne responsable
AUTRES SOINS Nature des soins	Fréquence et horaire	Lieu d'intervention	Personne responsable	L'enfant est-il capable de s'administrer son traitement ? (joindre attestation du médecin)

RÉGIME ALIMENTAIRE : (joindre ordonnance)

.....

AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PRÉVOIR :

☐ **DANS LE CADRE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :** (surveillance, conditions atmosphériques, déplacement, inaptitude, prescriptions....)

.....

☐ **POUR LES SORTIES D'UNE JOURNÉE :**

☐ **POUR LES TEMPS DE REPAS :**

☐ **EN RECRÉATION :**

☐ **SIESTE :**

☐ **ACTIVITÉS D'ÉVEIL :**

☐ **AUTRES :**

Centre Les jardins du Savoir

PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE A remplir par le médecin en conformité avec l'ordonnance à joindre

SIGNES	CONDUITE A TENIR

L'élève peut posséder en permanence sa trousse d'urgence sur lui sous la responsabilité des parents et avec l'avis du médecin traitant : oui ☐ non ☐

DATE NOM ET SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT :

Lieux de stockage des médicaments permanents et accessibles à tous

RANGEMENT FIXE :

Trousse personnelle au nom de l'élève

Contenu :

Lieu de rangement : Frigidaire : oui ☐ non ☐

RANGEMENT MOBILE :

Trousse personnelle au nom de l'élève

Contenu :

Lieu de rangement : Sac isotherme : oui ☐ non ☐

Les parents veilleront à renouveler les médicaments périmés ou utilisés.

(Feuillet à photocopier et à remettre par la direction en accord avec le médecin de l'établissement et la famille, à toute personne susceptible d'être confrontée à l'urgence. Ce protocole sera photocopié et joint à chaque trousse de médicaments de l'enfant).

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant demeurant.....

.....
demande la mise en place d'un PAI et autorise mon enfant à prendre le traitement prescrit dans le PAI sous l'autorité de.....ou de tout autre adulte informé et volontaire, conformément à l'ordonnance jointe au PAI, sur le temps scolaire.

PAI mis en place pour une durée de.....

DATE, NOM ET SIGNATURE DES PARENTS

DIRECTRICE

ENSEIGNANT PRINCIPAL

Points importants à ne pas oublier :

- LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE
- INFORMATION SYSTÉMATIQUE DE TOUT PERSONNEL REMPLAÇANT PAR LE DIRECTEUR OU LE CHEF D'ÉTABLISSEMENT
- EN CAS D'APPEL DES SECOURS TOUJOURS INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT



CHARTRE ENTRE PARENTS ET ENSEIGNANTS

L'épanouissement des enfants dans et en dehors du centre, leur sens de l'effort, dépendent largement de leurs motivations et de la qualité du dialogue entre les enseignants et les familles. Des relations compliquées entre les adultes qui entourent les enfants, peuvent être sources de perturbation, le sentiment d'une continuité et d'une communauté d'objectifs, soutient l'effort nécessaires pour une scolarité réussie tout au long du cursus scolaire.

CHARTRE PARENTS-ENSEIGNANTS

1. L'enseignant et le parent partagent un objectif commun : le bien être et la réussite de l'enfant.
2. Le parent et l'enseignant se respectent mutuellement en toutes circonstances.
3. Le parent soutient, auprès de son enfant, l'autorité de l'enseignant et les valeurs de l'école et réciproquement.
4. La communication et les relations entre le parent et l'enseignant sont fondées sur la confiance mutuelle et le respect de l'autre et de ses différences. Toute forme d'agressivité et de discrimination est bannie.
5. Le dialogue entre le parent et l'enseignant a pour objectif une information mutuelle, la recherche d'échanges constructifs et une meilleure compréhension.
6. L'enseignant reçoit le parent qui en fait la demande, selon ses disponibilités et les contraintes horaires et matérielles de chacun. Établies sur un objet précis pour être efficaces, elles se déroulent durant un temps donné, décidé conjointement. Le parent se rend à l'invitation sollicitée par l'enseignant. Ils évitent de solliciter trop fréquemment un entretien, sauf conditions particulières.
7. Les formes de la communication et d'entretien sont adaptées à la nature des informations à transmettre et/ou aux possibilités de réception des messages par le parent ou l'enseignant (réunion, entretien, carnet de liaison, messagerie électronique, communication téléphonique).
8. Le parent et l'enseignant garantissent une totale discrétion de leurs échanges.
9. L'enseignant informe les parents sur les programmes scolaires, les objectifs poursuivis, les modalités des évaluations et des apprentissages, ainsi que leurs rythmes, les règles de vie en classe au moment de la réunion de rentrée, à laquelle les parents sont invités.
10. Le parent respecte le professionnalisme de l'enseignant, qui fait l'objet d'une évaluation par la direction et ne fait pas prévaloir de choix personnels en matière pédagogique auprès de l'enseignant.
11. Le parent et l'enseignant s'informent mutuellement des éléments susceptibles d'éclairer les résultats d'un enfant. Les questionnement qui aborderait des domaines sans lien avec la scolarité sont proscrit sauf en cas d'éléments familiaux susceptibles d'affecter la de l'enfant.
12. L'enseignant et le parent essaient de définir en commun les moyens et les voies de progrès auxquels chacun, dans son domaine, peut contribuer. Ils recherchent les solutions et les parcours les mieux adaptés à la situation scolaire de l'enfant et à ses capacités. L'enseignant a un rôle de conseil.
13. Les parents ont l'obligation de prévenir l'école des absences des enfants dans les plus brefs délais, ainsi que les annulations de rendez-vous avec l'enseignant.
14. En cas de rupture du dialogue, le parent et l'enseignant acceptent le recours d'un médiateur : Responsable pédagogique - Direction, afin de renouer le contact.

Signature des parents :