

**ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL
DU JEUNE ENFANT**

NOTICE EXPLICATIVE - DFU BB

CE DOSSIER EST OBLIGATOIRE POUR UN ACCUEIL :

- **A temps complet**
- **A temps partiel**

Il est **TELECHARGEABLE** sur le site internet www.paysdelor.fr et doit être **DEPOSE** dans l'un des sites suivants pour examen par la commission d'admission :

<i>Communes de résidence</i>	<i>Dépôt de dossier</i>
Candillargues, Lansargues, Les Garrigues, Mauguio, Mudaison, Saint-Aunés, Valergues et Vauguières	Antenne administrative : Maison des Enfants à Mauguio Chemin de Bentenac 34 130 MAUGUIO mde.mauguio@paysdelor.fr - 04 67 06 01 57
Carnon, Palavas-les-Flots	Antenne administrative : ALSH Les Moussailons Route de la Tramontane 34 250 PALAVAS-LES-FLOTS accueil.palavas@paysdelor.fr - 04 67 20 18 35
La Grande Motte	Antenne administrative de La Grande Motte Place du 1er Octobre 1974 34 280 LA GRANDE MOTTE accueil.lgm@paysdelor.fr - 04 67 12 85 20

Il vous appartient **d'informer l'antenne administrative** dont vous dépendez, **de toute modification** susceptible d'être intégrée dans le dossier (changement de coordonnées ou de personnes autorisées à récupérer l'enfant, séparation, etc...)

Documents à compléter

- ⇒ Fiche "Famille"
- ⇒ Fiche "Enfant"
- ⇒ Fiche "Sanitaire" pour les enfants nés AVANT le 1er janvier 2018
- ⇒ Fiche "Sanitaire" pour les enfants nés A PARTIR du 1er janvier 2018
- ⇒ Fiche "Autorisations"
- ⇒ Fiche "Facturation"

Pièces à fournir

- ⇒ Copie du livret de famille
- ⇒ Extrait acte de naissance
- ⇒ Certificat médical d'admission (ci-joint à compléter par le médecin traitant)
- ⇒ Copie des pages vaccinations du carnet de santé
- ⇒ Dernière attestation fournie par la Caisse d'Allocations Familiales ou MSA
- ⇒ Justificatif de domicile de moins de trois mois
- ⇒ Intégralité du dernier avis d'imposition du foyer
- ⇒ Dernière fiche de paie ou tout autre justificatif de votre situation face à l'emploi
- ⇒ Attestation assurance en Responsabilité Civile
- ⇒ Courrier explicatif pour toute demande particulière
- ⇒ En cas de séparation ou de divorce : un extrait du jugement définissant l'autorité parentale attribuée

Photocopies obligatoires / Aucun original ne sera accepté

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- › La Maison Des Enfants 1 à MAUGUIO
- › La Maison Des Enfants 2 à MAUGUIO
- › Les Moustics à CANDILLARGUES
- › L'Aigue Vive à MUDAISON
- › Les Mouettes à CARNON
- › Les Pitchouns à PALAVAS-LES-FLOTS
- › La Crèche à LA GRANDE-MOTTE
- › La Halte-Garderie à LA GRANDE-MOTTE (accueil sans repas)

MENSUALISATION ET CONTRAT

La demande d'accueil est indispensable et obligatoire, pour le calcul de la mensualisation de votre participation financière. **Les horaires d'accueil demandés doivent refléter au plus près le besoin réel de la famille.**

Le tarif sera calculé sur une base horaire à partir des revenus mensuels bruts du foyer.

Les taux horaires, définis par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault, sont les suivants:

		1 Enfant	2 Enfants	3 Enfants	4 Enfants
EAJE	TAUX HORAIRE = Revenus mensuels X Taux d'effort	0,06%	0,05%	0,04%	0,03%

La présence dans la famille d'un enfant en situation de handicap (bénéficiaire de l'AEEH) à charge de la famille (même si ce n'est pas ce dernier qui est accueilli dans l'établissement) permet d'appliquer le tarif immédiatement inférieur.

CONGES DU CONTRAT

Nombre de jours de congés du contrat d'accueil : jours.

Les dates précises des congés devront être transmises par écrit à l'antenne administrative dont vous dépendez, selon l'échéancier suivant :

- à la signature du contrat (vers juin / juillet 2019) : les congés prévus entre septembre et décembre 2019
- avant le 15 novembre : les congés prévus entre janvier et mars 2020
- avant le 15 février : les congés prévus entre avril et juin 2020

Le calendrier joint est à titre informatif, il indique les périodes de fermeture des structures ainsi que les dates des vacances scolaires.

FICHE FAMILLE

Commune de


Représentant légal 1

Mme - M.* Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

 Personnel / Portable / Professionnel

Merci de renseigner au moins 1 numéro de téléphone

Courriel :@.....

Lien de parenté avec l'enfant* : Père - Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Autre

Situation familiale* : Marié(e) – PACSé(e) - Vie maritale – Séparé(e) – Divorcé(e) - Célibataire - Veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge du foyer (y compris enfant à naître): Fratrie déjà accueillie en EAJE:

Nombre d'enfants scolarisés sur le territoire:

Parent ou fratrie en situation de handicap: oui non

Profession :Employeur :

Lieu de travail (commune):..... Temps de travail :%

Autre situation face à l'emploi: Pôle emploi Formation


Représentant légal 2

Mme - M.* Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

 Personnel / Portable / Professionnel

Courriel :@.....

Lien de parenté avec l'enfant* : Père - Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Autre

Situation familiale* : Marié(e) – PACSé(e) - Vie maritale – Séparé(e) – Divorcé(e) - Célibataire - Veuf (ve)

Autre :

Profession :Employeur :

Lieu de travail (commune):..... Temps de travail :%

Autre situation face à l'emploi: Pôle emploi Formation

Assurance

Assurance Responsabilité Civile :

N°Assurance :

Prestations familiales - OBLIGATOIRE

N° d'allocataire CAF ou MSA :

Régime* : Général - Agricole

FICHE ENFANT

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Sexe : Fille Garçon

Date souhaitée d'entrée dans la structure :

Date de fin de contrat :

Mode de garde actuel : Assistante maternelle Famille Autre

Période d'accueil souhaitée sur une semaine

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Repas					
Après-midi					
Horaires	De ...h...à ...h...	De ...h...à ...h...	De ...h...à ...h...	De ...h...à ...h...	De ...h...à ...h...

Pour les demi-journées : horaires en lien avec le fonctionnement de la structure.

L'amplitude horaire maximum de nos structures se situe entre 7h30 et 18h30.

L'arrivée doit se faire entre l'heure d'ouverture de la structure et 9h00.

Le départ du soir doit se faire entre 16h30 et l'heure de fermeture de la structure.

Période d'adaptation

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

souhaite que mon enfant effectue une période d'adaptation du au , afin de le familiariser avec le personnel et les locaux.

Ne souhaite pas que mon enfant effectue une période d'adaptation.

L'adaptation à la crèche n'est pas seulement une immersion progressive de votre bébé dans un lieu tout nouveau pour lui. C'est aussi, pour vous, l'occasion de l'accompagner, de découvrir avec lui son nouveau domaine, de le présenter à l'ensemble du personnel, de leur expliquer qui il est, sa façon de vivre, son comportement, ses habitudes, ses goûts.

Un des deux parents doit donc prévoir de se libérer durant cette période.

A : Le :

Signature du ou des responsables légaux :

Contact (s) autres que les représentants légaux

L'enfant ne pourra quitter les structures d'accueil qu'avec ses responsables légaux directs.
Les autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant devront être mentionnées ci-dessous et présenter leur carte d'identité.

Personne 1 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 2 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 3 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre :

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Personne 4 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant* : Grand-Père - Grand-Mère - Beau-Père - Belle-Mère - Tuteur - Ami - Autre : ...

Personnel / Portable..... / Professionnel.....

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Facturation

Les factures mensuelles sont envoyées par "email" et sont disponibles dans votre espace famille "D'clic".

La date limite de paiement est fixée au dernier jour ouvrable du mois.

J'accepte de recevoir par voie électronique les factures "ENFANCE & JEUNESSE" émises par l'Agglomération du Pays de l'Or:

OUI

NON

(cochez la case correspondante)

Modes de règlement

Vous avez la possibilité de régler vos factures:

⇒ **Sur internet**

Dans votre espace famille "D'clic" avec les identifiants qui vous seront transmis par l'antenne administrative dont vous dépendez.

⇒ **Par prélèvement bancaire**

Se présenter à l'antenne administrative dont vous dépendez avec un relevé d'identité bancaire original.

⇒ **Espèces, chèque bancaire, carte bleue, CESU, ANCV**

En vous rendant dans l'un des sites suivants selon votre commune

<i>Communes de résidence</i>	<i>LIEUX DE PAIEMENT</i>
Candillargues, Lansargues, Les Garrigues, Mauguio, Mudaison Saint-Aunés, Valergues ou Vauguières	Antenne administrative (Maison des Enfants Mauguio)
Carnon ou Palavas-les-Flots	Antenne administrative (ALSH Palavas-les-Flots)
La Grande Motte	Antenne administrative de La Grande Motte

Déclaration et autorisations parentales

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

➤ déclare exact les renseignements portés sur ce dossier, et notamment les informations médicales.

Je m'engage à informer la Communauté d'Agglomération du Pays de l'Or de tous changements relatifs aux renseignements fournis qui interviendraient au cours de l'année.

➤ J'autorise la Communauté d'Agglomération du Pays de l'Or :

à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin de la structure, et/ou du médecin régulateur du SAMU, et m'engage à payer les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle résultant de maladie ou d'accident.

s'agissant de photographies ou de vidéos et sous réserve de ne pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, j'autorise l'Agglomération du Pays de l'Or sans contrepartie financière, et ce pour **une durée de 3 ans**, à reproduire et à diffuser les photographies ou vidéos me représentant (ou mes enfants) pour une communication au public le plus large :

- sur support papier (dépliants, flyers, magazines intercommunaux, presse, affichage)
- sur support numérique (site internet de l'intercommunalité)
- sur support vidéo

➤ J'autorise mon enfant:

à participer aux sorties pédagogiques organisées et encadrées par l'équipe éducative de l'établissement

➤ Je déclare avoir pris connaissance : du règlement intérieur des EAJE intercommunaux disponible dans les documents à télécharger sur le portail famille D'Clic (<http://portail-ca-paysdelor.ciril.net/documents>).

A :

Le :

Signature du ou des responsables légaux :

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

A fournir obligatoirement avant l'entrée en structure
A compléter par le médecin traitant

Je soussigné, Docteur.....
Certifie que l'enfant:.....
Né(e) le

Est à jour des vaccinations obligatoires oui non

Présente une contre indication au paracétamol oui non

Présente une situation de handicap oui non

Présente un état de santé compatible avec la vie en collectivité oui non

Doit bénéficier d'un "Protocole d'Accueil Individualisé" oui non

Nécessite la surveillance d'un point en particulier * oui non

* Dans ce cas, contacter le médecin de la structure dans laquelle est accueilli votre enfant.

Date :

Signature et cachet du médecin :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfants nés **AVANT** le 1er janvier 2018

1 - ENFANT:

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

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

VACCIN OBLIGATOIRE			
	Date vaccination	1er Rappel	2ème Rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
VACCINS RECOMMANDES			
	Oui	Non	Date
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			
Autres (préciser)			

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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 accepté sans ordonnance.

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

	oui	non		oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

	oui	non		oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES:

Les difficultés de santé ou complications à la naissance (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes de vue, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc....Précisez :

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le médecin de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du responsable légal :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE LA STRUCTURE:

Observations:

.....
.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfants nés **A PARTIR** du 1er janvier 2018

1 - ENFANT:

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES			
	Date vaccination	1er Rappel	2ème Rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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 accepté sans ordonnance.

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

	oui	non		oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

	oui	non		oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	

Précisez la cause de l'allergie **et la conduite à tenir** :

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES:

Les difficultés de santé ou complications à la naissance (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lunettes de vue, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc....Précisez :

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le médecin de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du responsable légal :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE LA STRUCTURE:

Observations:

.....
.....

EAJE / CALENDRIER DES CONGES FAMILLE - ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020
1ère période - De septembre à décembre 2019

		2019			
		SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE
D	1	M	1	V	D
L	2	Me	2	S	L
M	3	J	3	D	M
Me	4	V	4	L	Me
J	5	S	5	M	J
V	6	D	6	Me	V
S	7	L	7	J	S
D	8	M	8	V	D
L	9	Me	9	S	L
M	10	J	10	D	M
Me	11	V	11	L	Me
J	12	S	12	M	J
V	13	D	13	Me	V
S	14	L	14	J	S
D	15	M	15	V	D
L	16	Me	16	S	L
M	17	J	17	D	M
Me	18	V	18	L	Me
J	19	S	19	M	J
V	20	D	20	Me	V
S	21	L	21	J	S
D	22	M	22	V	D
L	23	Me	23	S	L
M	24	J	24	D	M
Me	25	V	25	L	Me
J	26	S	26	M	J
V	27	D	27	Me	V
S	28	L	28	J	S
D	29	M	29	V	D
L	30	Me	30	S	L
		J	31		M
					AO

Fermeture des EAJE

Regroupement des structures

Jours fériés

Rentrée / Renouvellements de contrats

Vacances scolaires

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NOM, PRENOM ET SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :

Nombre de jours de congés familles à déduire, hors week-ends, fermetures, jours fériés et accueil occasionnel (AO) :

Cocher les cases correspondantes

DATE :

Partie réservée à l'administration

NUMERO DE DOSSIER :

STRUCTURE
DACCUEIL :

Reçu le :

EAJE / CALENDRIER DES CONGES FAMILLE - ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020
 Zème période - De janvier à août 2020

		2020											
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT					
Me	1	S	D	1	V	L	Me	1	S	Me	1	S	1
J	2	D	L	2	S	M	J	2	D	J	2	D	2
V	3	L	M	3	D	Me	V	3	V	L	3	L	3
S	4	M	Me	4	L	J	S	4	S	M	4	M	4
D	5	Me	J	5	D	V	D	5	D	D	5	Me	5
L	6	J	V	6	L	M	S	6	L	J	6	J	6
M	7	V	S	7	M	D	M	7	D	M	7	V	7
Me	8	S	D	8	Me	L	Me	8	L	Me	8	S	8
J	9	D	L	9	J	M	J	9	V	D	9	D	9
V	10	L	M	10	V	S	S	10	L	V	10	L	10
S	11	M	Me	11	S	M	M	11	S	M	11	M	11
D	12	Me	J	12	D	V	D	12	D	D	12	Me	12
L	13	J	V	13	L	M	S	13	L	J	13	J	13
M	14	V	S	14	M	D	M	14	M	M	14	V	14
Me	15	S	D	15	V	L	Me	15	S	S	15	S	15
J	16	D	L	16	J	M	J	16	D	D	16	D	16
V	17	L	M	17	V	Me	V	17	V	L	17	L	17
S	18	M	Me	18	L	J	S	18	S	M	18	M	18
D	19	Me	J	19	M	V	D	19	D	Me	19	Me	19
L	20	J	V	20	Me	L	L	20	L	J	20	J	20
M	21	V	S	21	J	D	M	21	M	V	21	V	21
Me	22	S	D	22	V	L	Me	22	AO	S	22	S	22
J	23	D	L	23	S	M	J	23	D	D	23	D	23
V	24	L	M	24	D	Me	V	24	L	L	24	L	24
S	25	M	Me	25	L	J	S	25	M	M	25	M	25
D	26	Me	J	26	M	V	D	26	Me	Me	26	Me	26
L	27	J	V	27	Me	S	L	27	J	J	27	J	27
M	28	V	S	28	M	D	M	28	V	V	28	V	28
Me	29	S	D	29	Me	L	Me	29	AO	S	29	S	29
J	30		L	30	J	M	J	30	D	D	30	D	30
V	31		M	31	D		V	31	L	L	31	L	31

Fermeture des EAJE

Vacances scolaires

Regroupement des structures

Jours fériés

Partie réservée à l'administration

NUMERO DE DOSSIER :

STRUCTURE D'ACCUEIL :

Requ le :

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NOM, PRENOM ET SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :

Nombre de jours de congés familles à déduire, hors week-ends, fermetures, jours fériés et accueil occasionnel (AO) :
 Cocher les cases correspondantes

DATE :