



Ville de Fouquierettes

FICHE FAMILIALE GROUPE SCOLAIRE ELEMENTAIRE BERNARD DENIAU

Année 2025/2026

RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénoms

Situation familiale Célibataire Marié(e) Séparé(e)
 Divorcé(e) Veuf (Ve) Vie maritale

Adresse

☎ Domicile __/__/__/__/__/__/..... ☎ Mobile __/__/__/__/__/__/

☎ Professionnel __/__/__/__/__/__/ ☎ Autre __/__/__/__/__/__/

Mail : __/

Profession Employeur

CONJOINT

Nom et Prénoms

☎ Domicile __/__/__/__/__/__/ ☎ Mobile __/__/__/__/__/__/

☎ Professionnel __/__/__/__/__/__/ ☎ Autre __/__/__/__/__/__/

Mail : __/

Profession Employeur

ENFANTS VIVANT AU FOYER

Nom et Prénom	Date de Naissance	École rentrée 2025/2026	Classe

SIGNATURES

Fiche établie le sur la déclaration des parents.

Signature des parents

Pour le Maire



Mairie de Feucherolles - Service Scolaire -

39 Grande Rue, 78810 FEUCHEROLLES - Tél. : 01.30.79.93.10 ou 93.13

mail : education.jeunesse.sports@feucherolles.fr ou secretariat.scolaire@feucherolles.fr

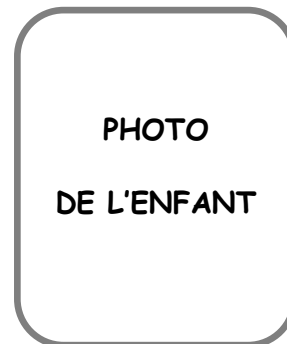
FICHE ENFANT

Année scolaire 2025-2026

Etablissement scolaire (rentré de septembre 2024)

Niveau de classe (rentrée de septembre 2024) :

ENFANT	NOM :
	Prénom :
	Né(e) le :



Afin de faciliter la saisie des informations MERCI d'écrire en lettres CAPITALES

PARENTS OU RESPONSABLES :

Situation familiale marié(e) Célibataire Divorcé(e) Séparé(e) veuf(ve) vie maritale

RESPONSABLE 1 :

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Adresse mail :

Tél. Dom :

Tél. Mobile :

Tél. Prof.

Profession :

Employeur :

RESPONSABLE 2 :

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Adresse mail :

Tél. Dom :

Tél. Mobile :

Tél. Prof.

Profession :

Employeur :

Assurance : Numéro de contrat ou sociétaire :

PERSONNE chargée de prendre l'enfant en l'absence des parents (jeune fille au pair, nourrice...)

Nom : Prénom :

Adresse : Téléphone:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Recommandations des parents : régime alimentaire, sans porc, refus du bœuf ou autres...)

En cas d'allergies ou d'intolérances alimentaires, un **Protocole d'Accueil Individualisé** est établi par le médecin de famille.

La famille de l'enfant doit fournir les repas et le signaler lors de l'inscription en cantine.

L'enfant a-t-il un PAI : OUI NON

Médecin de famille Nom : Tél. :

Les médicaments ne peuvent être administrés qu'à la demande des parents et sur présentation de l'ordonnance du médecin ou de sa photocopie.

- L'enfant sera transporté dans l'établissement hospitalier désigné par le S.A.M.U. en cas d'intervention de celui-ci.
- Pour toute intervention bénigne, l'enfant sera amené dans l'établissement médical le plus proche.

Votre enfant participe à toutes les activités. S'il y a contre-indication, veuillez nous l'indiquer :

Personnes à joindre en cas d'urgence et autorisées à prendre en charge votre enfant :

NOM prénom :	NOM Prénom :
Qualité par rapport à l'enfant :	Qualité par rapport à l'enfant :
N° de Téléphone :	N° de Téléphone :
NOM Prénom:	NOM Prénom:
Qualité par rapport à l'enfant :	Qualité par rapport à l'enfant :
N° de Téléphone :	N° de Téléphone :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du site à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Feucherolles, le

Signature des parents : Le Père ↗

la Mère ↗

Le Tuteur éventuellement ↗



Fiche d'inscription
Restaurant Scolaire–Périscolaire
Année scolaire 2025-2026

Enfant

NOM, Prénom :

Classe(*) : Maternelle Elémentaire

PS CP

Inscription restaurant scolaire

Mon enfant mangera tous les jours **mercredi inclus**

- mangera aux jours suivants
- | |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lundi |
| <input type="checkbox"/> mardi |
| <input type="checkbox"/> jeudi |
| <input type="checkbox"/> vendredi |

mangera occasionnellement inscription restaurant scolaire au plus tard **48 heures** précédant la période

Inscription Périscolaire : Ne pas oublier de s'inscrire également auprès du centre de loisirs

Mon enfant est inscrit :

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tous les matins 7h30/8h20 | | | |
| <input type="checkbox"/> tous les soirs 16h/19h | | | |
| <input type="checkbox"/> aux jours suivants | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> soir |
| | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> soir |
| | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> soir |
| | <input type="checkbox"/> vendredi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> soir |

Facturation

NOM, Prénom du responsable légal :

Adresse pour la facturation :

Mon adresse Mail :

Toute modification du rythme d'accueil pour le restaurant scolaire ou périscolaire en cours d'année, que ce soit temporaire ou permanent devra être confirmée par écrit (voir modèle joint)

**Je soussigné(e) [Nom, Prénom]
responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs, des tarifs
restauration scolaire et de l'accueil périscolaire. Ainsi que des études surveillées de la Communes de
Feucherolles .**

Le Signature



AUTORISATIONS ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

(Merci de cocher, dater et signer ce document)

Je soussigné, M -----

Déclare avoir bien pris connaissance des conditions générales d'accueil et du règlement qui concerne la restauration scolaire, de la Commune de Feucherolles,

Pour mon enfant : -----

Je m'engage à respecter scrupuleusement ce règlement.

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas | la prise de photo de mon enfant |
| <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas | le transport de mon enfant en bus |
| <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas | envoi d'une newsletter mensuelle par la Commune |

Adresse mail : -----

Votre enfant sait il nager ?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas | participation aux activités aquatiques |
|-------------------------------------|--|---|

Fait à Feucherolles le : -----

Signature des parents (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Fait à Feucherolles le : -----

Signature des parents (précédée de la mention « lu et approuvé »)