



Année 2026/2027

Nom et Prénoms

☐ Célibataire

□ Marié(e)

☐ *Séparé(e)*

☐ Divorcé(e)

 $\square Veuf (Ve)$

□ Vie maritale

 Domicile ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / **Mobile** ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

 Professionnel / / / / /  Autre / / / / /

[illegible]

Profession Employeur

Nom et Prénoms

 Domicile / / / / / **Mobile** / / / / /

 Professionnel / / / / /  Autre / / / / /

[illegible]

Profession Employeur

[illegible]

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 2026-2027

Etablissement scolaire (rentré de septembre 2025)

Niveau de classe (rentrée de septembre 2025) :

ENFANT NOM :
Prénom :
Né(e) le :

PHOTO
DE L'ENFANT

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
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracocq				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 : Qualité par rapport à l'enfant : N° de Téléphone :	NOM Prénom : Qualité par rapport à l'enfant : N° de Téléphone :
NOM Prénom: Qualité par rapport à l'enfant : N° de Téléphone :	NOM Prénom: Qualité par rapport à l'enfant : 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 2026-2027

Enfant

NOM, Prénom :

Classe(*) : ☐ Maternelle ☐ Elémentaire

☐ PS ☐ CP CM1

MS CE1 CM2

GS CE2

Inscription restaurant scolaire

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

☐ mangera aux jours suivants

☐ lundi

☐ mardi

☐ jeudi

☐ 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 :

☐ tous les matins 7h30/8h20

☐ tous les soirs 16h/19h

☐ aux jours suivants ☐ lundi ☐ matin ☐ soir

☐ mardi ☐ matin ☐ soir

☐ jeudi ☐ matin ☐ soir

☐ vendredi ☐ matin ☐ 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 Commune de Feucherolles.

Le Signature



AUTORISATIONS

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

(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.

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| ☐ J'autorise | ☐ Je n'autorise pas | la prise de photo de mon enfant |
| ☐ J'autorise | ☐ Je n'autorise pas | le transport de mon enfant en bus |
| ☐ J'autorise | ☐ Je n'autorise pas | envoi d'une newsletter mensuelle par la Commune |

Adresse mail : -----

Votre enfant sait il nager ?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ J'autorise | ☐ 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 »)