



FICHE FAMILIALE

GROUPE SCOLAIRE MATERNELLE

BERNARD DENIAU

Année 2026/2027

RESPONSABLE LÉGAL

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 2026/2027	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 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

<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> CP	CM1
MS	CE1	CM2
GS	CE2	

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 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.

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <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 »)