



Ville de Fouchères

**FICHE FAMILIALE**  
**GROUPE SCOLAIRE - LA TROUEE MATERNELLE**  
**Année Scolaire 2025/2026**

**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	Ecole 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](mailto:education.jeunesse.sports@feucherolles.fr) ou [secretariat.scolaire@feucherolles.fr](mailto:secretariat.scolaire@feucherolles.fr)

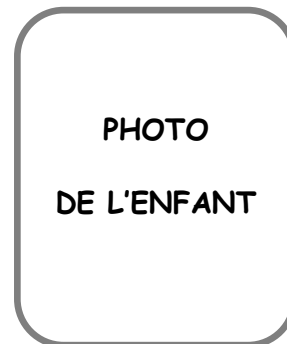
# FICHE ENFANT

## Année scolaire 2025-2026

Etablissement scolaire (rentré de septembre 2024) .....

Niveau de classe (rentrée de septembre 2024) : .....

<b>ENFANT</b>	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 ↗





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

Adresse mail : -----

**Votre enfant sait il nager ?**

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

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 »)