



# FICHE FAMILIALE

## GROUPE SCOLAIRE - LA TROUÉE MATERNELLE

### Année Scolaire 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 | Ecole 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](mailto:education.jeunesse.sports@feucherolles.fr) ou [secretariat.scolaire@feucherolles.fr](mailto:secretariat.scolaire@feucherolles.fr)

# FICHE ENFANT

Année scolaire 2026-2027

Etablissement scolaire (rentré de septembre 2026) .....

Niveau de classe (rentrée de septembre 2026) : .....

**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 Tétrac            |     |     |                            | 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 : .....<br>Qualité par rapport à l'enfant : .....<br>N° de Téléphone : ..... | NOM Prénom : .....<br>Qualité par rapport à l'enfant : .....<br>N° de Téléphone : ..... |
| NOM Prénom: .....<br>Qualité par rapport à l'enfant : .....<br>N° de Téléphone : .....  | NOM Prénom: .....<br>Qualité par rapport à l'enfant : .....<br>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 | <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 »)