



## 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 2024-2025

Etablissement scolaire (rentrée de septembre 2023) .....

Niveau de classe (rentrée de septembre 2023) : .....

**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

#### PERE :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Adresse mail : .....

Tél. Dom : .....

Tél. Mobile : .....

Tél. Prof. ....

Profession : .....

Employeur : .....

#### MERE :

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 FAMILIALE GROUPE SCOLAIRE ELEMENTAIRE BERNARD DENIAU

Année 2024/2025

## 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 2024/2025	Classe

## SIGNATURES

Fiche établie le ..... sur la déclaration des parents.

Signature des parents

Pour le Maire



**Inscription : Fiche Enfant**  
**Restaurant Scolaire–Périscolaire**  
**Année 2024 2025**

**Enfant**

NOM, Prénom : .....

ECOLE  Deniau  La Trouée

Classe (\*):  Maternelle  Elémentaire

PS  MS  GS

CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**Inscription restaurant scolaire**

Mon enfant 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 soirs 16h/19h

aux jours suivants  lundi  matin  soir

mardi  matin  soir

jeudi  matin  soir

vendredi  matin  soir

**Attention** : Toute modification du rythme d'accueil pour le restaurant scolaire ou périscolaire, que ce soit temporaire ou permanent devra être confirmée par mail.

Si une famille ne s'est pas acquittée de la totalité de ses factures au 31 août de chaque année, aucune nouvelle inscription ne sera possible quelle que soit la structure (Restauration scolaire, accueils des matins et soirs, centre de loisirs, etc.).

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 du règlement « études surveillées » de la Commune de Feucherolles.

**RETOUR IMPERATIF** avant le **Mardi 2 juillet 2024** par mail : [secretariat.scolaire@feucherolles.fr](mailto:secretariat.scolaire@feucherolles.fr)

Ou déposer en mairie

Le..... Signature