



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 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 MATERNELLE
BERNARD DENIAU
Année 2024/2025

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 2024/2025	Classe

SIGNATURES

Fiche établie le sur la déclaration des parents.

Signature des parents

Pour le Maire



Fiche d'inscription
Restaurant Scolaire–Périscolaire
Année scolaire 2024-2025

Enfant

NOM, Prénom :

Classe(*) : Maternelle

PS

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

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 surveillés de la Communes de Feucherolles .

Le Signature