



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 2021-2022

Etablissement scolaire (*rentré de septembre 2021*).....

Niveau de classe (*rentrée de septembre 2021*):

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 ↗