



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**Restauration scolaire et**  
**accueil périscolaire 2025/2026**

Merci de rapporter le dossier complet en  
mairie avant le 3 juillet 2025

**ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F   
Date de naissance : ..... âge : ..... Lieu : .....  
Classe fréquentée pour la rentrée 2025 :

Régime alimentaire particulier :  à compléter le cas échéant.....

Problèmes médicaux à signaler au service : .....

**RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

**MERE**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse domicile principal : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Email : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tél travail : .....

**PERE**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse domicile principal : .....  
Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Email : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tél travail : .....

**PERSONNE A PREVENIR ET AUTORISES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :**

|   | Personne 1               | Personne 2               | Personne 3               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| NOM et prénom                           |                          |                          |                          |
| N° de téléphone du domicile et portable |                          |                          |                          |
| Lien de parenté                         |                          |                          |                          |
| A récupérer                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A prévenir                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature des responsables légaux :

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Veillez remplir précisément cette rubrique et nous informer de tout problème de santé pouvant mettre en cause la sécurité et le bien-être de votre enfant

**NOM et prénom de l'enfant :** .....  
**Date de naissance :** .....  
**Sexe :** M  F

1- **MEDECIN TRAITANT :** Nom, Adresse et téléphone.....  
.....

2- **ANTECEDENTS MEDICAUX**  
.....

3- **GROUPE SANGAIN :**  A +  A -  B +  B -  AB +  AB -  O +  O -  Non connu

4- **TRAITEMENTS EN COURS :**  
**OUI**  **NON**   
Si oui lequel .....

5- **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**  
**OUI**  **NON**   
Si oui lesquels .....

6- **ALLERGIES/INTOLERANCES**  
 NON  OUI (à préciser) .....  
 MEDICAMENTS/ALIMENTS (à préciser) .....  
 PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (à préciser).....  
.....

7- **RECOMMANDATIONS PARTICULIERES/PROBLEMES PARTICULIERS** (lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc ...)  
**OUI**  **NON**   
Si oui lequel .....

8- **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

### MERE

**NOM - Prénom :**.....  
**Adresse domicile principal :** .....  
**Tél domicile :** .....  
**Tél portable :** .....  
**Email :**.....  
**Nom de l'employeur :**.....  
**Tél travail :**.....

### PERE

**NOM - Prénom :**.....  
**Adresse domicile principal :** .....  
**Tél domicile :** .....  
**Tél portable :** .....  
**Email :**.....  
**Nom de l'employeur :**.....  
**Tél travail :**.....

Signature des responsables légaux :

# AUTORISATION PARENTALES GLOBALES

Merci de lire, dater et signer chaque autorisation.

NOM DE L'ENFANT : .....

NOM DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL : .....

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci-dessous :

## ▪ Autorisation d'hospitalisation

Je donne pouvoir à Mme/M la/le responsable du service enfance de Faucigny ou à défaut une collaboratrice, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et /ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence

Oui

non

A....., le.....

Signature

## ▪ Autorisation d'intervention chirurgicale

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Oui

non

A....., le.....

Signature

## ▪ Autorisation de publication

A l'occasion de sortie, événement municipal ou activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié et que ces photos soit utilisé pour publication dans le bulletin municipal, site internet de la commune, note d'information, etc... je donne autorisation pour ces prises de photo et ces publications.

Oui

non

A....., le.....

Signature

**MAIRIE DE FAUCIGNY**  
**Haute-Savoie**

Code Postal : 74130  
Tél.-Fax : 04.50.03.61.93  
Portable : 07.89.00.71.29

[service-enfance.faucigny@orange.fr](mailto:service-enfance.faucigny@orange.fr)



## POUR UN DOSSIER COMPLET

### ★ Pièces à joindre

- La fiche de renseignements dûment complétée et signée
- La fiche de renseignement sanitaire dûment complétée et signée
- La feuille d'autorisations parentales dûment complétée et signée
- Une attestation de votre quotient familial de moins de 3 mois
- Un justificatif de domicile
- Une copie du livret de famille pour les **nouveaux inscrits OU si changement matrimonial**
- Une copie des vaccinations de l'enfant
- L'attestation d'assurance Responsabilité Civile et garantie individuelle accident année 2024/2025
- Le dépôt de Caution de 80 € **par famille ou par responsable légal en cas de séparation** à l'ordre du Trésor Public

#### **En cas de séparation :**

- En cas de garde séparée de l'enfant, un document de garde (extrait d'acte de jugement, attestation sur l'honneur commune des parents...)

#### **En cas de changement d'adresse :**

- Un justificatif de domicile (quittance de loyer, contrat de location ou titre de propriété) de moins de 3 mois

**Pour toutes informations complémentaires contactez la responsable du service enfance au 07 89 00 71 29 ou encore par mail : [service-enfance.faucigny@orange.fr](mailto:service-enfance.faucigny@orange.fr)**