

ACCUEILS PÉRISCOLAIRE-EXTRASCOLAIRE
POLE TERRITORIAL DES RIVES DE LA SUIPPE

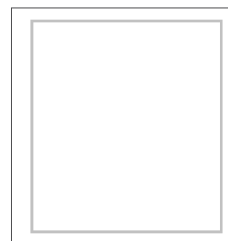


Photo de l'enfant

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... Sexe : Garçon // Fille

Nom de l'école :

Classe : PS - MS - GS - CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Type de restauration : Classique / Sans porc / Sans viande

IDENTITÉS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père Mère
 Tuteur/-trice

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Autorité parentale : oui non

Situation familiale :
 Célibataire Marié(e)
 Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Union libre

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _

Commune :

Adresse mail :

Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....

Téléphone (portable) :/...../...../...../.....

Responsable légal 2 : Père Mère
 Tuteur/-trice

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Autorité parentale : oui non

Situation familiale :
 Célibataire Marié(e)
 Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Union libre

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _

Commune :

Adresse mail :

Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....

Téléphone (portable) :/...../...../...../.....

Employeur :

Nom :

N° de téléphone :

Adresse :

.....

Employeur :

Nom :

N° de téléphone :

Adresse :

.....

COMPOSITION FAMILIALE (frères et sœurs)

Nom :	Prénom :	Date de naissance :/...../.....
Classe :	École fréquentée:	
Nom :	Prénom :	Date de naissance :/...../.....
Classe :	École fréquentée:	
Nom :	Prénom :	Date de naissance :/...../.....
Classe :	École fréquentée:	
Nom :	Prénom :	Date de naissance :/...../.....
Classe :	École fréquentée:	



PERSONNES AUTORISÉES A REPREDRE L'ENFANT

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (en plus des responsables légaux)

(Une pièce d'identité pourra être demandée) :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

La Communauté urbaine du Grand Reims préconise aux parents que ce soit une personne majeure qui récupère leur(s) enfant(s).

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (en plus des responsables légaux)

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

Nom : Prénom : N° de téléphone :/...../...../...../.....
Lien de parenté/autre : Adresse :

AUTORISATIONS

Droit d'image : Je soussigné(e), (père/mère/tuteur-trice) de l'enfant
..... autorise / n'autorise pas les personnels du Grand Reims à reproduire l'image de
l'enfant pour des activités (barrer la mention inutile).

Sortie : Je soussigné(e), (père/mère/tuteur-trice) de l'enfant
..... autorise / n'autorise pas l'enfant à repartir seul des temps d'accueil du
périscolaire

Hospitalisation : Je soussigné(e), (père/mère/tuteur-trice) de l'enfant
..... autorise / n'autorise pas, en cas d'accident grave le transport de mon enfant à l'hôpital
américain de Reims.

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie de l'assurance :

N° du contrat :

Adresse :



PIECES A FOURNIR :

Pièces à joindre **obligatoirement** avec le dossier :

- Attestation d'assurance
- Attestation de quotient familial ou à défaut l'avis d'imposition sur les revenus de l'année 2021
- Photocopie des vaccinations
- PAI : Projet d'Accueil Individualisé à jour

MODALITES DE FACTURATION :

Affilié Caf MSA Autre préciser :

Rattaché à quel représentant légal : RL1 RL2

Numéro d'allocataire :

Indiquer les modalités de garde retenues : alternée autres à préciser :

Factures adressées à : responsable légal 1
 responsable légal 2

Facturation alternée : indiquer qui paie selon les semaines paires ou impaires :

Semaine paire :

Semaine impaire :

TRANSPORTS :

TRANSPORTS : Oui Non

Attention, cette information ne vaut pas inscription, vous devez vous rendre sur le site du Grand Reims afin d'avoir accès au dispositif d'inscription en ligne aux transports scolaires.

En utilisant les transports scolaires, vous vous engagez à respecter le règlement des transports scolaires de la Communauté urbaine du Grand Reims. Ce dernier est consultable sur le site du Grand Reims, rubrique transports scolaires.

En cas de séparation, chaque parent devra remplir une fiche de renseignements pour l'enfant. Dans la mesure du possible, une copie du jugement est demandée.

Pour les inscriptions périscolaires, chaque parent devra remplir un bulletin d'inscription concernant la période pendant laquelle il a la garde de son enfant : semaine paire / semaine impaire / autre : préciser.

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

Date et signature des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(document confidentiel)

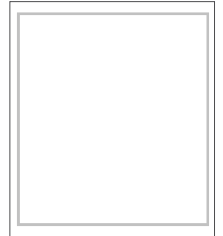


Photo de l'enfant

Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant.
En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.

RAPPEL IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : ♂ Garçon ♀ Fille

Classe :

IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice	Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse :	Adresse :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....	Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....
Téléphone (portable) :/...../...../...../.....	Téléphone (portable) :/...../...../...../.....
Téléphone (travail) :/...../...../...../.....	Téléphone (travail) :/...../...../...../.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Lien de parenté/autre :

Nom : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Lien de parenté/autre :

Nom : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Lien de parenté/autre :

VACCINATIONS

(cocher les cases correspondantes et indiquer les dates)

VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés avant le 1 ^{er} janvier 2018	DATE DES VACCINS	VACCINS obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018	DATES DES VACCINS
Diphtérie		Diphtérie	
Tétanos		Tétanos	
Poliomyélite		Poliomyélite	
Toutefois, toutes les autres vaccinations du calendrier vaccinal (voir les vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018), sont indispensables pour protéger les enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination.		Coqueluche	
		Haemophilus influenzae B	
		Rubéole Oreillons Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		Méningocoque C (bactérie provoquant des méningites)	

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.



• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : / / / / ; / / / /

Mail :

Code postal : _ _ _ _ _ Commune :

• **Renseignements médicaux :**

Traitement médical :

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, merci de préciser lequel :

Allergies :

ASTHME Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non
MEDICAMENTEUSES Oui Non
AUTRES (animaux, plantes...etc) : Oui Non

Si oui, joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

En cas d'allergie, il est recommandé de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

Restauration scolaire : Classique – Sans porc – Sans viande (*Rayer les mentions inutiles)

Autres difficultés de santé, si oui préciser : Oui Non

.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

Date et signature des représentants légaux :