

**ACCUEIL RESTAURATION SCOLAIRE DE LA COMMUNE
DE FISMES – Ecoles Centre
FICHE DE RENSEIGNEMENT PÉRISCOLAIRE**

**A rendre avant le 21 juin 2019
Au pôle de Fismes Ardre et Vesle ou en mairie de Fismes**

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

IDENTITÉS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père Mère
 Tuteur/-trice
Nom d'usage :
Nom de naissance:
Prénom :
Date de naissance : / /
Autorité parentale : OUI NON
Situation familiale :
 Célibataire Marié(e)
 Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)
Adresse :
.....
Code postal : _ _ _ _ _
Commune :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....
Téléphone (portable) :/...../...../...../.....
Téléphone (travail) :/...../...../...../.....

Responsable légal 1 : Père Mère
 Tuteur/-trice
Nom d'usage :
Nom de naissance:
Prénom :
Date de naissance : / /
Autorité parentale : OUI NON
Situation familiale :
 Célibataire Marié(e)
 Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)
Adresse :
.....
Code postal : _ _ _ _ _
Commune :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....
Téléphone (portable) :/...../...../...../.....
Téléphone (travail) :/...../...../...../.....

Coordonnées de l'employeur :
Nom de l'employeur :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../.....
Adresse :
.....
.....

Coordonnées de l'employeur :
Nom de l'employeur :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../.....
Adresse :
.....
.....

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie de l'assurance :

N° du contrat :

Adresse :

Document à fournir obligatoirement : Copie de l'attestation d'assurance

AUTORISATIONS

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

Personnes autorisées à reprendre l'enfant **(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 :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

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 :**

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:	

UTILISATION DES SERVICES

RESTAURATION SCOLAIRE :

- **Votre enfant mange t-il à la restauration scolaire ?** Oui Non
 Occasionnelle Régulière

Les enfants se verront distribuer un cahier « spécial restauration » le jour de la rentrée, que vous devrez **OBLIGATOIREMENT** remplir pour la semaine à venir.

Vous inscrivez votre enfant pour 1, 2, 3 ou 4 jours. Nous attirons votre attention sur le fait que cette inscription vous engage pour la facturation. Chaque repas noté sera dû. Seul un cas de force majeure permettra de déduire le repas non consommé (exemple : maladie) ou d'ajouter un repas non commandé. Dans ce cas, vous devrez contacter la restauration scolaire au plus tard avant 9 h le jour de l'absence ou de présence au **03 26 48 01 07**.

Le cahier de restauration scolaire sera ramassé chaque lundi matin par un agent du périscolaire, qui recensera les repas de la semaine pour votre enfant. Il vous sera rendu dans la journée. Vous avez ainsi une semaine pour remplir l'étiquette de la semaine suivante.

Le but de ce cahier est de faciliter la commande des repas à l'avance par le service de la restauration afin d'éviter le gaspillage. Il permet aussi d'éviter que certains enfants n'aient pas de repas, faute d'inscription. Il s'agit donc d'une opération importante.

TRANSPORTS :

- **Votre enfant reprend-t-il le bus à 12h00 ?** Oui Non
 Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous quand votre enfant prend précisément le transport scolaire :

BUS à destination de (pour Fismes préciser l'arrêt)	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- **Votre enfant reprend-t-il le bus après l'école à 16h10 ?** Oui Non
 Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous quand votre enfant prend précisément le transport scolaire :

BUS à destination de (pour Fismes préciser l'arrêt)	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

En cas de changement dans l'utilisation du service transports scolaires, vous devrez obligatoirement prévenir avant 11h pour le matin et avant 15h pour l'après-midi au **03 26 48 01 07**. Pour les maternelles, prévenir également l'école.

Rappel : Les renseignements ci-dessus n'entraînent pas l'inscription aux transports de votre enfant. Vous devez procéder obligatoirement à l'inscription de votre enfant via le site internet du Grand Reims.

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 : ([https://www.grandreims.fr/fileadmin/grandreims/MEDIA/ Nouvelle_Arborescence/Services/Transports_scolaires/TransportsScolaires_Reglement19.pdf](https://www.grandreims.fr/fileadmin/grandreims/MEDIA/Nouvelle_Arborescence/Services/Transports_scolaires/TransportsScolaires_Reglement19.pdf))

Facturation de la restauration scolaire

Les factures doivent être adressées à :

- Représentant légal 1
 Représentant légal 2

Paiement par chèque

Paiement par prélèvement automatique (fournir un RIB)

TIPI (paiement par internet)

Affilié Caf MSA Numéro d'allocataire :

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

Semaine paire :

Semaine impaire :

Nom, Prénom et adresse de facturation si différents :

Date et signature des responsables légaux :

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités périscolaires. Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant. Les responsables du traitement sont la Communauté urbaine et les établissements scolaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'effacement du traitement. Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Direction Animation et Coordination des pôles territoriaux, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 – 51722 REIMS Cedex.

Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à dpo@grandreims.fr ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (valable du 8 juillet 2019 au 3 juillet 2020)

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.

IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

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

Sexe : ♂ Garçon ♀ Fille

Photo d'identité de
l'enfant à coller

OBLIGATOIRE

(pas d'agrafes)

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)

VACCINS OBLIGATOIRES	EFFECTUÉS	NON EFFECTUÉS	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Antidiphtérie			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Contre la rougeole			
Contre les oreillons			
Contre la rubéole			

Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins**

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

Coordonnées du médecin traitant :

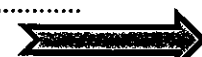
Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Commune :

Numéro de téléphone : / / / /

Mail :@.....



Renseignements médicaux :

Traitement médical :

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

Si oui, merci de préciser lequel :
.....

Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VARICELLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ANGINE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRE : (préciser)	

Allergies :

Préciser la cause et la conduite à tenir :

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire.

ASTHME :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ALIMENTAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MEDICAMENTEUSE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Autres difficultés de santé :

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

Recommandations des parents concernant la santé de l'enfant :

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes	OUI		NON	
Si oui, doit-il les garder en récréation ?	OUI		NON	

Je /Nous soussigné(e/s), (père, mère, tuteur/-trice) représentant 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.

Date et signature des représentants légaux :

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités périscolaires.

Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant. Les responsables du traitement sont la Communauté urbaine et les établissements scolaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'effacement du traitement.

Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Direction Animation et Coordination des pôles territoriaux, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 – 51722 REIMS Cedex.

Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à dpo@grandreims.fr ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) »