

ANNÉE 2024-2025

CHAQUE CHAMP DOIT ETRE RENSEIGNE

DANS SON INTEGRALITE ET DE N'OMETTRE AUCUNE INFORMATION

**ACCUEIL PERISCOLAIRE, CANTINE, MERCREDI DE LA COMMUNE ET VANCANCES
SCOLAIRES**

DE

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Femme
Nom de l'école :	
Classe : PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/>	

IDENTITÉS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : / /
Coefficient familiale :
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Union libre
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
Adresse mail :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../..... Téléphone (portable) :/...../...../...../.....

Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : / /
Coefficient familiale :
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Union libre
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
Adresse mail :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../..... Téléphone (portable) :/...../...../...../.....

Employeur :
Profession :
N° de téléphone :/...../...../...../.....
Adresse :
.....

Employeur :
Profession :
N° de téléphone :/...../...../...../.....
Adresse :
.....

ADRESSE DE FACTURATION

La facture doit être envoyée à :
(Merci de fournir la copie du jugement de séparation)

Responsable légal 1 : Semaines paires Semaines impaires Totalité

Responsable légal 2 : Semaines paires Semaines impaires Totalité

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:

PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

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 :

La Communauté urbaine du Grand Reims préconise aux parents de désigner une personne majeure pour reprendre leur(s) enfant(s).

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).

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

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie de l'assurance (responsabilité civile) :

N° du contrat :

Adresse :

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

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie, Tétanos Poliomyélite				BCG	
				Autres (préciser) :	
VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS A PARTIR DU 1^{er} JANVIER 2018					
Coqueluche					
Haemophilus					
Hépatite B					
Pneumocoque					
Méningocoque					
Rubéole Oreillons Rougeole					

Si l'enfant n'a pas reçu 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 OBLIGATOIRE de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

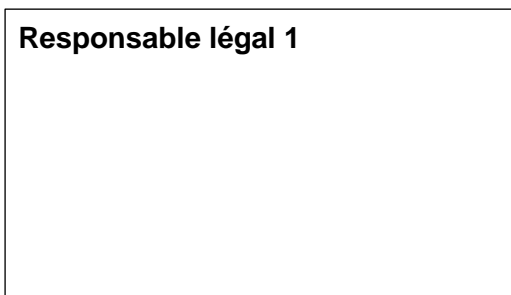
Autres difficultés de santé, si oui préciser : Oui Non

Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :
Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

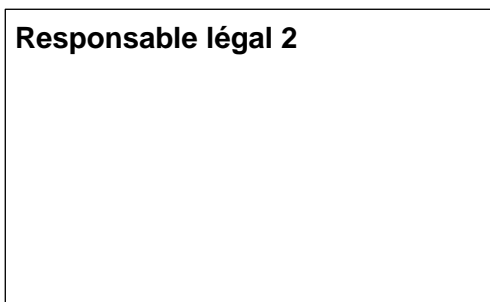
Je soussigné(e), (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Date et signature des représentants légaux :

Responsable légal 1



Responsable légal 2



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