

**ACCUEIL PÉRISCOLAIRE DE LA COMMUNE DE WITRY LES REIMS**

FICHE DE RENSEIGNEMENT PÉRISCOLAIRE  
Pôle territorial Beine Bourgogne  
Place de la mairie – 51420 WITRY LES REIMS

Photo de l'enfant

**Retour du document pour le 5 juillet 2019 au plus tard à l'adresse ci-dessus**

**IDENTITÉ DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ♂ Garçon ♀ Fille  
**Nom de l'école :** .....  
**Classe fréquentée à la rentrée 2019/2020 :**  
 PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**IDENTITÉS DES RESPONSABLES LÉGAUX**

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

**Responsable légal 2 :**  Père  Mère  
 Tuteur/-trice  
Nom de naissance : .....  
Nom d'usage : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Situation familiale :  
 Célibataire  Marié(e)  
 Pacsé(e)  Divorcé(e)  
 Veuf(ve)  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....  
Téléphone (domicile) : ...../...../...../.....  
Téléphone (portable) : ...../...../...../.....

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

**Coordonnées de l'employeur :**  
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: .....

**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).

**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).

**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** : .....



**INSCRIPTIONS : Attention, pour une inscription non régulière, merci d'utiliser le planning \* de réservations ci-joint**

ACCUEIL DU MATIN :  Oui  Non  Occasionnel (prévenir 24h av<sup>t</sup> le jour souhaité)

Annuelle :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

RESTAURATION SCOLAIRE :  Oui  Non  Occasionnelle (prévenir 48h av<sup>t</sup> le jour souhaité)

Annuelle :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

ACCUEIL DU SOIR/ÉTUDES SURVEILLÉES :  Oui  Non  Occasionnel (prévenir 24h av<sup>t</sup> le jour souhaité)

Annuelle :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

\*Si vos horaires professionnels changent régulièrement


**MODALITES DE FACTURATION :**

Paiement par chèque  Numéraire  Virement/Mandat

TIPI (paiement par internet)  Affilié Caf  MSA  Numéro d'allocataire :.....

Factures adressées à :  responsable légal 1  
 responsable légal 2

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

 Doc à fournir :

-dernier avis d'imposition du foyer (2018 sur revenus 2017)

**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 : ([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))

**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](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »

*FICHE SANITAIRE DE LIAISON*

\*\*

*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 : .....	

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....	<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....		
<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....	<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....		
<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....	<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....		

**VACCINATIONS**

(cocher les cases correspondantes)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>EFFECTUÉS</b>	<b>NON EFFECTUÉS</b>	<b>DATE DES DERNIERS RAPPELS</b>
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 : .....

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 : .....

Maladies :

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

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

Allergies :

**Préciser la cause et la conduite à tenir :**

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



Autres difficultés de santé :

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

Recommandations des parents concernant la santé de l'enfant :

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

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 :**

« 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](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »

**TARIFS RESTAURATION-SERVICE D'ACCUEIL**

---

→ Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

→ École et classe fréquentées (rentrée 2019/2020) : \_\_\_\_\_

**DÉNOMINATIONS**

---

- Nom, prénom responsable légal 1 : \_\_\_\_\_
- Nom, prénom responsable légal 2 : \_\_\_\_\_

**À REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**Composition du foyer :**

→ Nombre d'adulte(s) : \_\_\_\_\_

→ Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

*Calcul réservé au service*

**QUOTIENT =** \_\_\_\_\_

---

**TARIFS RESTAURATION 2019 - 2020**

---

<b>CRITÈRES</b>	<b>TARIFS</b>
Quotient familial $\leq$ 379	3,34 €
Quotient familial compris entre 380 et 500	4,01 €
Quotient familial compris entre 501 et 609	4,40 €
Quotient familial entre 610 et 999	4,94 €
Quotient familial $\geq$ 1000	5,18 €

---

- Les familles ayant trois enfants qui fréquentent les restaurations scolaires du pôle territorial Beine-Bourgogne bénéficient du tarif immédiatement inférieur à la tranche dans laquelle elles se trouvent. Les familles se situant dans la première tranche (QF  $\leq$  379) bénéficient d'un tarif abaissé à 3 €.
  - Tarif du service d'accueil du matin et du soir : 1,52€, forfait journalier
  - Études surveillées : service gratuit
-

**PLANNING DE RENTRÉE**  
**Septembre 2019**

→ Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

→ École et classe fréquentées (rentrée 2019/2020) : \_\_\_\_\_

Confirmation de la présence de l'enfant pour le premier mois de fonctionnement

Ce planning n'est à remplir que pour les familles ayant des horaires variables et n'ayant pas opté pour l'inscription annuelle.

**PLANNING DE DEMANDES DE RÉSERVATIONS POUR SEPTEMBRE**

Septembre 2019	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L
	2	3	5	6	9	10	12	13	16	17	19	20	23	24	26	27	30
Accueil matin																	
Restauration																	
Accueil soir (maternelles) Ou Etudes surveillées (élémentaires)																	

L'utilisation du planning mensuel est réservée aux familles ayant des horaires variables.

Les plannings sont à remettre au service périscolaire au maximum une semaine avant le début du mois concerné. Les plannings ne peuvent pas être déposés pendant les vacances scolaires. Ils doivent être déposés le vendredi qui précède les vacances.



**Sans respect des délais le planning sera refusé.**

À partir du mois d'octobre, un planning-type mensuel sera à demander auprès des différents services (pôle territorial Beine-Bourgogne, restauration scolaire, mairies) ou par courriel à l'adresse [perisco.ptbb@grandreims.fr](mailto:perisco.ptbb@grandreims.fr)



**MÉMENTO PÉRISCOLAIRE**  
**SECTEUR WITRY-LÈS-REIMS**

**A CONSERVER**

**ADRESSES ET COORDONNÉES**

- ✓ **Service périscolaire pôle territorial Beine-Bourgogne :**  
Tél. : 03 26 97 33 90 ou 06 88 27 75 00  
Mail : perisco.ptbb@grandreims.fr
- ✓ **Restauration scolaire :**  
Mme GILBERTE MAILLE, Directrice de la Restauration.  
Tél: 0326970771  
Mail : [restaurantscolaire.witry@orange.fr](mailto:restaurantscolaire.witry@orange.fr)



Les plannings sont à remettre au service périscolaire au maximum une semaine avant le début du mois concerné. Les plannings ne peuvent pas être déposés pendant les vacances scolaires. Ils doivent être déposés le vendredi qui précède les vacances.

**HORAIRES SERVICES PÉRISCOLAIRES 2019 - 2020**

**Organisation écoles élémentaires Alexis Conio et Gaston Buard**

	Accueil matin	Ecole	Restauration	École	Etudes surveillées
<b>Horaires</b>	7h30 -8h30	8h30-11h30	11h30-13h30	13h30-16h30	16h30-18h00
<b>Responsable</b>	CU	École	CU	École	CU

**Organisation écoles maternelles Jules Verne et Les Féchettes**

	Accueil matin	Ecole	Restauration	Ecole	Accueil soir
<b>Horaires</b>	7h30 -8h20	8h20-11h20	11h20-13h20	13h20-16h20	16h20-18h00
<b>Responsable</b>	CU	École	CU	École	CU

