

# FICHE DE FREQUENTATION

1 fiche/enfant

Enfant

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Né (e) le : / / Sexe : F - M

Classe : ..... Ecole : .....

 **Si garde alternée** (1 dossier par parent) →  semaine paire  semaine impaire

 **J'autorise** la prise de vues de mon enfant pour les publications et le site internet de la collectivité :  Oui  Non

**IMPORTANT**

Coordonnées du **second responsable légal de l'enfant** si domiciliation différente :

Nom / Prénom : .....  Domicile : .....  Portable : .....

**RESTAURANT SCOLAIRE** de : ..... ● **A compter du** : / /

**Tous les jours scolaires** (sauf mercredis)  **Occasionnellement** →  lundi  mardi  jeudi  vendredi

**Selon planning** (à transmettre impérativement selon les délais mentionnés au règlement intérieur)

**TEMPS D'ACTIVITES après l'école (TAP)** de : ..... ● **A compter du** : / /

**Tous les jours scolaires** (sauf mercredis)  **Occasionnellement** →  lundi  mardi  jeudi  vendredi

Les modifications de fréquentation doivent se faire **au plus tard le jeudi de la semaine qui précède les dates modifiées**.

**Uniquement pour les enfants à partir du CP :**

**J'autorise** l'équipe d'animation à laisser partir seul mon enfant à l'issue du temps TAP

**ACCUEIL PERISCOLAIRE** de : ..... ● **A compter du** : / /

☛ **9h00 maximum** de présence journalière pour **les moins de 6 ans** → sauf dérogation de la PMI

**Lundi** :  matin  soir  **mardi** :  matin  soir  **mercredi** :  matin  midi  **jeudi** :  matin  soir  **vendredi** :  matin  soir

**Occasionnellement**

Les modifications de fréquentation doivent se faire **au plus tard le jeudi de la semaine qui précède les dates modifiées**

**Uniquement pour les enfants à partir du CP :**

**J'autorise** l'équipe d'animation à laisser partir seul mon enfant à : ..... heure de l'accueil périscolaire

**TRANSPORT SCOLAIRE** **Uniquement** pour l'information des accompagnateurs du transport scolaire


☛ **Inscription obligatoire** au transport « Manéo scolaire » au Conseil Départemental de La Manche (organisateur principal)

Arrêt : ..... Lieu : .....

Mon enfant utilisera le transport scolaire **le jour de la rentrée**  Oui  le matin  le soir  Non à compter du : / /

**Uniquement pour les enfants à partir du CP :**

**J'autorise** l'accompagnateur à laisser partir seul mon enfant de l'arrêt de bus

 **Les modifications de fréquentation** doivent se faire dans le « Kiosque Famille » via le site [www.lahague.com](http://www.lahague.com)

Tournez la page svp ▶▶



## FICHE SANITAIRE

A remplir obligatoirement par les parents

### VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

**IMPORTANT**

Fournir impérativement une copie des vaccins ou une attestation médicale

Vaccin obligatoire DT polio :  Oui  Non Date du dernier rappel : / /

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ▶ L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non
- ▶ Allergies : Asthme  Oui  Non Alimentaires  Oui  Non Médicamenteuses  Oui  Non
- ▶ Autres : .....

**IMPORTANT**

Aucun traitement médical de longue durée ne peut être mis en œuvre sauf si un Projet d'Accueil Individualisé est rédigé par le Centre Médico Scolaire et validé par la collectivité.

Pour les traitements ponctuels se référer au règlement intérieur décrivant la conduite à adopter.

En cas d'allergie alimentaire, dans l'attente de la rédaction ou du renouvellement d'un PAI dans les délais impartis, l'enfant sera accueilli avec un panier repas fourni par la famille (voir les modalités dans le règlement intérieur).



Précisez la cause et le type de l'allergie, la conduite à tenir (un Protocole d'Accueil Individualisé doit être rédigé par le médecin scolaire) et si celle-ci nécessite un protocole d'urgence avec prises de médicaments : .....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....

Des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :