

FICHE SANITAIRE / OSASUN FITXA

VACCINATIONS / TXERTOAK

VACCINS Txertoak	Date dernier rappel 1 ^{er} enfant	Date dernier rappel 2 ^{ème} enfant	Date dernier rappel 3 ^{ème} enfant	Date dernier rappel 4 ^{ème} enfant
Diphthérie *				
Tétanos*				
Poliomyélite*				
DT Polio*				
Tetraçoq*				

Vous pouvez joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication / Zuen osagarri liburuxkan txertoei buruzko informazioa jasotzen duen orriaren kopia bat ezarri dezakezu taula hau ez betetzeko. (*) kontraindikaziorik ez dela segurtatzen duen mediku-agiria erants ezazu. Kasu, tetanosaren kontrako txertoak ez du kontraindikaziorik sortzen.

MALADIES / ERITASUNAK

L'enfant suit-il un traitement médical / Haurrak mediku artamendu bat segitzen du : Oui/ Bai Non/Ez

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Baikorki erantzun baduzu, berrikitan egin ordenantza eta dagozkion erremedioak erants itzazu (erremedioak beren paketatze ontzietan, haurraren izenarekin eta oharrarekin). Ordenanzarik erremediorik ez daiteke hartu.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? / Haurrak ondoko eritasunak ukana ote ditu ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rubéole - Errubeola | <input type="checkbox"/> Varicelle- Basa pikorra | <input type="checkbox"/> Angine-Angina |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche - Kokaluxea | <input type="checkbox"/> Otite-Otitisa | <input type="checkbox"/> Oreillon- Leperia |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu - Junturetako errueumatismo biziak | | <input type="checkbox"/> Rougeole-Mingorría |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine-Kabardila | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) - Beste (zehaztu) : | |

DIFFICULTES DE SANTE / OSASUN ARAZOAK

L'enfant est-il allergique ? / Haurrak alergiak ote ditu ?

- Asthme - Asma Alimentaire - Janaria Medicamenteuse - Erremedioak Autres – Beste :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) / Zehaztu itzazu alergiaren arrazoia eta zer neurri hartu behar den (automedikazioa erabili behar bada, , seinala ezazu) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et éventuelles précautions à prendre / Haurraren osasun arazoak seinala itzazu (eritasuna, istripua, dorputz-dardara, ospitaleratzea, ebakuntza, birgaitzea) datak eta hartu beharreko segurtasunezko neurriak zehatzuz :

RECOMMANDATIONS UTILES / GOMENDIO BALIOSAK

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, si votre enfant présente des troubles du comportement, ... / Haurrari buruzko bestelako argibide baliogarriak zehaztu ditzakezu : adibidez, betaurrekoak edo begi lentillak eramatzen dituenez, entzumen protesiak edo hotz protesiak dituenez, konportamendu arazoak dituenez...

AUTORISATIONS / BAIMENAK

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant / Nik, adierazpen hau izenpetzen dudan..... -k, haurraren legezko arduraduna naizen honek, fitxa honetan jaso diren argibideak zuzenak direla egiazatzen dut eta egituraren edota egonaldiaren arduradunari, haurraren egoeraren araberako neurriak hartzeko baimena ematen diot (mediku artamenduak, ospitaleratzea, ebakuntza)

Date / Eguna :

Signature / Izenpedura



2017/2018



DOSSIER ADMINISTRATIF / TXOSTEN ADMINISTRATIBOA

RESPONSABLES / ARDURADUNAK

NOM / DEITURA :	PERE / AITA	MERE / AMA	AUTRE (précisez) / BESTE (zehaztu)
Prénom / Izena :			
Adresse / Helbidea :			
N° téléphone domicile / etxeko telefonoa			
N° téléphone travail / laneko telefonoa			
N° téléphone portable / mugikorra			
Adresse mail / posta elektronika			
Profession / lana			
Employeur / nagusia			
Adresse de l'employeur / nagusiaren helbidea			

FACTURATION / FAKTURA

Adresse de facturation/ fakturarako helbidea			
Organisme de rattachement/ Lotze erakundea	CAF <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	Autre (précisez) <input type="checkbox"/>
N° Allocataire	Beste (zehaztu)		

Bénéficiaire de l'Aide aux Temps Libres (CAF) ou carte d'identité MSA (joindre justificatif)
CAF edo MSA pasaportea ukanez gero (agiria eraman)

OUI / BAI

NON / EZ

Je désire recevoir la facture / faktura nahi nuke

courrier/ gutunez

mail/ mailez

MODE DE PAIEMENT / ORDAINKETA

- Chèque ou espèce (à adresser au Trésor Public – bâtiment Lapurdi à Ustaritz) / txekez edo diruz.
- Paiement en ligne (www.tipi.budget.gouv.fr) / interneten bidez
- Prélèvement automatique (le 4^{ème} jeudi de chaque mois). Obligation de fournir un RIB et de compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe. Ordainketa automatikoa (hilaren 4. ostegunean) ezinbestekoa RIB eman eta hartze baimen horren betetzea.

ENFANTS / HAURRAK

	1er enfant / 1.haurra	2ème enfant / 2. haurra	3ème enfant / 3. haurra
Nom prénom de l'enfant / haurraren izena			
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
Date de naissance de l'enfant / sortze eguna			
Classe actuelle / oraingo klasea			
Etablissement fréquenté à la rentrée prochaine / eskola ondoko urtean			
Classe fréquentée à la rentrée prochaine / klasea ondoko urtean			
Régime alimentaire particulier / Jan erregimen berezia			

Résidence de l'enfant / Haurraren bizilekua :

- au domicile de ses parents / burasoen etxeau
- au domicile de la mère / amaren etxeau
- au domicile du père / aitaren etxeau
- garde alternée / aldizkako zaintza
- autre (précisez) / beste (zehaztu)

Autorité parentale conjointe / elkarrekiko buraso eskumena: OUI / BAI NON / EZ

Si Non, joindre photocopie du jugement / Hori ezean auziaren fotokopia lotu.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / MEDIKUNTZA XEHETASUNAK

Nom du médecin traitant / familiaren medikua			
N° tél médecin traitant / medikuaren tel.			

L'accueil d'un enfant présentant une maladie chronique, une allergie alimentaire ou un handicap sera conditionné à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accès Individualisé)

Eritasun kronikoa, elikadura alergia edota urritasuna pairatzen duen haur baten harrera : medikuaren iritziak eta PAI baten plantan emateak baldintzaturik

PERSONNES AUTORISEES AVENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les responsables)

Nom Prénom / Deitura Izena	Qualité (gd parents, voisin, aitamatxi, auzoak, ...)	Tél	Tél

SERVICE RESTAURATION / KANTINA ZERBIZIOA

Merci de préciser le forfait et jours choisis / erran kontratu eta egun hautatuak

4 jours par semaine / 4 egun astero

3 jours par semaine / 3 egun astero

2 jours par semaine / 2 egun astero

1 jour par semaine / egun bat astero

OCCASIONNEL / Ez ohiko apairua

Lundi/Astelehena, Mardi/Asteartea Jeudi/Osteguna Vendredi/Ostirala

SERVICE ACCUEIL PERISCOLAIRE / HAURTZAINDEGI ZERBIZIOA

Inscription pour l'année scolaire / ikasturteko izen emaitea

	Lundi Astelehena	Mardi Asteartea	Mercredi Asteazkena	Jeudi Osteguna	Vendredi Ostirala
Matin / Goiza					
Midi / Eguerdi					
Après-midi / Arratsaldea					

LES MERCREDIS au CENTRE DE LOISIRS / ASTEAZKENAK OPORTEGIAN

Inscription tous les mercredis de l'année scolaire / izen emaiteak eskola denboraren asteazken guzientzat

Que pour la pause méridienne / Eguarditako pausan baizik ez

Pause méridienne + après-midi au centre / Eguarditako pausan + arratsaldea oportegian

Pour l'après-midi / Arratsaldetako

ACCORD REGLEMENTS INTERIEURS / BARNE ARAUDIAKO ADOSTASUNA

Je soussigné(e) : Nik :

Accepte toutes les clauses des règlements intérieurs (cantine, accueil périscolaire, centre de loisirs, TAP)

Kantina, haurtzaindegia, Oportegia eta TAPeko barne araudiaren puntu guziak onartzen ditut

Autorise le responsable à se connecter à CAF Pro / Arduradunak CAF Pro webgunean begiratzea onartzen ditut

Autorise le personnel à la prise de photo / Langileek nere haurren argazkiak hartzea onartzen dut

Autorise la structure à l'utilisation de l'image de l'usager pour une utilisation interne ou toute autre publication. Strukturan hartutako nere haurren argazkiak barne erabilpen onartzen dut edo agerkari batean argitarazteko.

Date / data :

Signature / Izenpetzea :