**FICHE SANITAIRE / *OSASUN FITXA***

**VACCINATIONS / *TXERTOAK***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS**  **Txertoak** | **Date dernier rappel**  **1er enfant** | **Date dernier rappel**  **2ème enfant** | **VACCINS**  **TXERTOAK** | **Date dernier rappel**  **1er enfant** | **Date dernier rappel**  **2ème enfant** |
| Diphtérie \* | …………………….... | …………………….... | BCG | ………………….... | …………………….... |
| Tetanos\* | …………………….... | …………………….... | Hépatite B | ………………….... | …………………….... |
| Poliomyélite\* | …………………….... | …………………….... | ROR | ………………….... | …………………….... |
| DT Polio\* | …………………….... | …………………….... | Coqueluche | ………………….... | …………………….... |
| Tetracoq\* | …………………….... | …………………….... | Autres */ Beste* | ………………….... | …………………….... |

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/*E*z

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). Ordenantzarik gabeko erremediorik ez daiteke hartu.*

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? / *Haurrak ondoko eritasunak ukan ote ditu ?*

Rubéole - *Errubeola* Varicelle- *Basa pikorra* Angine-*Angina*

Coqueluche - *Kokaluxea* Otite-*Otitisa* Oreillon- *Leperia*

Rhumatisme articulaire aigu - *Junturetako errueumatismo biziak*  Rougeole-*Mingorria*

Scarlatine-*Kabardila* 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 arrazoiak 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 zehaztuz :*

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

**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 eramaten 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 egiaztatzen 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***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERE / *AITA*** | **MERE / *AMA*** | **AUTRE (précisez) / *BESTE (zehaztu)*** |
| NOM / *DEITURA* : | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| 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 | MSA | Autre (précisez)  *Beste (zehaztu)* |
| **N° Allocataire** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
|  |  |  |  |
| 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**](http://www.tipi.budget.gouv.fr)) */ interneten bidez*

Prélèvement automatique (uniquement pour les factures des 11-14 ans (classe de 6eme/5eme/4eme) (le 4ème 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 | F  G | F  G | F  G |
| Date de naissance de l'enfant / *sortze eguna* | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| Etablissement fréquenté à la rentrée 2017 / *eskola* | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| Classe fréquentée / *klasea* | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| Régime alimentaire particulier / *Jan erregimen berezia* | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |

Résidence de l’enfant / *Haurraren bizilekua* :  au domicile de ses parents / *burasoen etxean*

au domicile de la mère / *amaren etxean*

au domicile du père / *aitaren etxean*

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’Acceuil 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 |
| ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |

**ESPACE JEUNES / PIJ / Gaztegunea**

* **Modalité d’accueil :**

**Réglementé** : *Le jeune est inscrit à la journée (avec repas) ou à la ½ journée ; le jeune ne peut quitter la structure seul, sauf autorisation préalable*.

**Semi-réglementé** : *Le jeune est inscrit à la journée (avec repas) ou à la ½ journée (inscription effectuée par les parents ou par le jeune au plus tard la ½ journée qui précède).*

*L’heure d’arrivée est libre, en revanche l’heure de départ est clairement notifiée par les parents.*

* J’autorise mon enfant à partir seul : ❒ OUI ❒ NON
* A partir de (heure de départ à définir) : ……….........

***Le jeune n’a pas le droit de s’absenter et ne peut quitter la structure seul (sauf si autorisation parentale).***

**Libre :** Le jeune peut fréquenter le local et a la possibilité d’en partir à tout moment : il vient et il repart lorsqu’il le souhaite, il peut s’absenter temporairement et revenir.

* **Inscription faîte par :** **parents**   **jeunes**
* **Déplacements :**

Je souhaite bénéficier du service de « Navette » proposé par la structure pour venir chercher mon enfant ou le ramener à mon domicile (cocher le lieu de prise en charge)

**(Inscription à faire, le jeudi qui précède, au plus tard à 18h30)**

Arruntz (Haut)  Arruntz (fronton)  Herauritz (fronton) Astobizkar

Birgailenea  Etxehasia  Bidekurutzea  Sokorrondo

Séminaire  Larresore (Mairie)  Jatxou (Mairie)  Halsou (Mairie)

*// Horaires :*

*- du Lundi au Vendredi: 9h30 (départ Arruntz (haut) / 17h (départ Espace jeunes)*

**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, haurtzaindegi, Oportegi 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** mon enfant à naviguer sur Internet

**Autorise** la structure à l’utilisation de l’image de l’usager pour une utilisation interne ou toute autre publication (facebook/instagram/journal…).

*Strukturan hartutako nere haurren argazkiak barne erabilpen* ***onartzen dut*** *edo agerkari batean argitarazteko.*

Date / *data*  : …………… Signature / *Izenpetzea* :

………………………………………