

FICHE SANITAIRE / OSASUN FITXA

VACCINATIONS / TXERTOAK

VACCINS Txertoak	Date dernier rappel 1 ^{er} enfant	Date dernier rappel 2 ^{ème} enfant	VACCINS TXERTOAK	Date dernier rappel 1 ^{er} enfant	Date dernier rappel 2 ^{ème} enfant
Diphthérie *			BCG		
Tétanos*			Hépatite B		
Poliomyélite*			ROR		
DT Polio*			Coqueluche		
Tétracoq*			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/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). 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 alergia 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 arazoak 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 segurtasuneko neurriak zehaztu :

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 dituenek, entzumen protesiak edo hotz protesiak dituenek, konportamendu arazoak dituenek...

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 dudana..... -k, haurraren legezko arduraduna naizen honek, fitxa honetan jaso diren argibideak zuzenak direla egiaztatzen dut eta egituraren edota egonaldia arduradunari, haurraren egoeraren arabera neurriak hartzeko baimena ematen diot (mediku artamenduak, ospitaleratzea, ebakuntza)

Date / Eguna :

Signature / Izenpedura



2018/2019

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 elektronikoa			
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 pasaporte ukanez gero (agiria eraman)	OUI / BAI <input type="checkbox"/> NON / EZ <input type="checkbox"/>
---	---

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.

