



DOSSIER D'INSCRIPTION <i>IZEN EMATE AGIRIA</i>
VIE SCOLAIRE / ENFANCE JEUNESSE <i>ESKOLAREN BIZIA / GAZTETASUN</i>

<i>RESPONSABLES / ARDURADUNAK</i>			
	<i>PERE / AITA</i>	<i>MERE / AMA</i>	<i>AUTRE (précisez) / BESTE (zehaztu)</i>
NOM / DEITURA			
Prénom / Izena			
Date et Lieu de naissance / Sortze eguna eta Nun			
Adresse / Helbidea			
N° téléphone domicile / Etxeko telefonoa			
N° téléphone portable / Mugikorra			
N° téléphone travail / Laneko telefonoa			
E-mail / Posta elektronikoa			
Profession / Lanbide			
Employeur / Nagusia			
Commune de l'employeur / nagusiaren helbidea			

Organisme de rattachement / Lotze erakundea	<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) Beste (Zehaztu)
N° Allocataire			

ENFANTS / HAURRAK

	1er enfant / 1.haurra	2ème enfant / 2. haurra	3ème enfant / 3. haurra
Nom prénom de l'enfant / <i>haurraren izena</i>			
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 / <i>sortze eguna</i>			

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
 Autorité parentale conjointe /
elkarrekiko buraso eskumena :
 OUI / BAI NON / EZ
Si non / Hori ezean :
 Autre (précisez) / beste (zehaztu)

Joindre / Atxikirik igor itzazu :

- la copie intégrale du jugement de divorce ou
Dibortzioaren erabakiaren kopia osoa edo

- ordonnance de séparation ou / Bereizte agindua edo

-déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale ou
Buraso eskudantzia betetzeari buruzko baterako deklarazioa edo

-décision du juge aux affaires familiales / Familia-epailearen erabakia

Niveau Scolaire souhaité

CYCLE I	CYCLE II	CYCLE III
TOUTE PETITE SECTION <input type="checkbox"/> PETITE SECTION <input type="checkbox"/> MOYENNE SECTION <input type="checkbox"/> GRANDE SECTION <input type="checkbox"/>	COURS PREPARATOIRE <input type="checkbox"/> COURS ELEMENTAIRE 1 ^{ère} ANNEE <input type="checkbox"/>	COURS ELEMENTAIRE 2 ^{ème} ANNEE <input type="checkbox"/> COURS MOYEN 1 ^{ère} ANNEE <input type="checkbox"/> COURS MOYEN 2 ^{ème} ANNEE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNILINGUE		<input type="checkbox"/> BILINGUE
A l'école de / Eskola honetan		
<input type="checkbox"/> ARRAUNTZ	<input type="checkbox"/> HERAURITZ	<input type="checkbox"/> IDEKIA
<input type="checkbox"/> SAINT-VINCENT	<input type="checkbox"/> IKASTOLA	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / MEDIKUNTZA XEHETASUNAK

Nom du médecin traitant / familiaren medikua

N° tél médecin traitant / medikuaren tel

Attention :

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'accueil Individualisé)

Kaxu :

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

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

SERVICE ACCUEIL PERISCOLAIRE / HAURTZAINDEGI ZERBIZIOA

Inscription pour toute l'année scolaire / *ikasturteko izen emaita*

MATIN / GOIZEA

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

APRES-MIDI / ARRATSALDEA

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

Inscription ponctuelle : intervenir sur le portail famille avant 8h15 le matin même

SERVICE RESTAURATION / KANTINA ZERBIZIOA

REPAS OCCASIONNEL / *EZ OHIKO APAIRUA*

REPAS REGULIER / *USAIAKO APAIRUA*. Merci de préciser les jours choisis / *erran egun hautatuak*

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

LES MERCREDIS *au* CENTRE DE LOISIRS / ASTEAZKENAK OPORTEGIAN

Inscription tous les mercredis de l'année scolaire (hors vacances) / *izen emaitaek eskola denboraren asteazken guzientzat (oporetatik kanpo)*

Pour la journée / *Egun osoarendako*

Que pour le repas / *Apairuako baizik ez*

Pour la matinée + repas / *Goizearendako + Apairua*

Repas + après-midi au centre / *Apairua + arratsaldea oportegian*

Pour la matinée / *Goizearendako*

Pour l'après-midi / *Arratsaldetako*

ACCORD REGLEMENTS INTERIEURS / BARNE ARAUDIAKO ADOSTASUNA

Je soussigné(e) : *Nik* :

Accepte toutes les clauses des règlements intérieurs / *Barne araudiaren puntu guziak onartzen ditut*

Autorise le responsable à se connecter à la CAF / *Arduradunak CAF webgunean begiratzeari onartzen ditut*

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

Autorise la structure à l'utilisation de l'image de l'utilisateur pour une utilisation interne ou toute autre publication. *Strukturaren hartutako nere haurren argazkiak barne erabilpen onartzen ditut edo agerkari batean argitaratzeko.*

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

FICHE SANITAIRE / OSASUN FITXA

VACCINATIONS / TXERTOAK

VACCINS	Date dernier	Date dernier	Date dernier	Date dernier

Txertoak	rappel 1^{er} enfant	rappel 2ème enfant	rappel 3ème enfant	rappel 4ème enfant
Diphthérie *				
Tétanos*				
Poliomyélite*				
DT Polio*				
Tétracoq*				

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.

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.*

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 segurtasunezko neurriak zehaztuz :*

RECOMMANDATIONS UTILES / GOMENDIO BALIOSAK

Précisez si l'enfant porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, / *Haurrari zehaztu ditzakezu : betaurrekoak edo begi lentillak eramaten dituenetz, entzumen protesiak edo hotz protesiak dituenetz*

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 araberrako neurriak hartzeko baimena ematen diot (mediku artamenduak, ospitaleratzea, ebakuntza)*

Date / *Eguna* :

Signature / *Izenpedura*