

DOSSIER D'INSCRIPTION
IZEN EMATE AGIRIA

VIE SCOLAIRE / ENFANCE JEUNESSE
ESKOLAREN BIZIA / GAZTETASUN

Date d'entrée scolaire de votre enfant : _____ (Jour/Mois/Année)

<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			

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 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'utilisateur pour une utilisation interne ou toute autre publication.
Strukturan hartutako nere haurren argazkiak barne erabilpen onartzen dut edo agerkari batean argitarazteko.

Date / data : Signature Père / Aita Izenpetzea : Signature Mère / Ama Izenpetzea :

JEUNES / GAZTEAK

	1er jeune / 1.gaztea	2ème jeune / 2. gaztea	3ème jeune / 3. gaztea
Nom prénom du jeune / <i>gaztearen 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 du jeune / <i>sortze eguna</i>			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / MEDIKUNTZA XEHETASUNAK

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

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

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

NIVEAU SCOLAIRE

COLLEGE				LYCEE			
6EME	<input type="checkbox"/>	5EME	<input type="checkbox"/>	SECONDE	<input type="checkbox"/>	PREMIERE	<input type="checkbox"/>
4EME	<input type="checkbox"/>	3EME	<input type="checkbox"/>	CAP / BEP	<input type="checkbox"/>		

ECOLE FREQUENTEE

<input type="checkbox"/> SAINT FRANCOIS XAVIER	<input type="checkbox"/> ERROBI	<input type="checkbox"/> XALBADOR
<input type="checkbox"/> SAINT-MICHEL	<input type="checkbox"/> SAINT JOSEPH	Autre : précisez

Résidence du jeune / *Gaztearen 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*

Attention :

L'accueil d'un jeune 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 alergia edota urritasuna pairatzen duen gaztea baten harrera : medikuaren iritzia eta PAI baten plantan emateak baldintzaturik

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*				
Tetracoq*				

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 ?

- | | | |
|---|---|---|
| <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-Mingorria |
| <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 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 arabera neurriak hartzeko baimena ematen diot (mediku artamenduak, ospitaleratzea, ebakuntza)

Date / Eguna : Signature Père / Aita Izenpetzea : Signature Mère / Ama Izenpedura

Mairie d'Ustaritz / Uztaritzeko Herriko Etxea

Inscription scolaire / Eskola Izen emate

Pour s'inscrire à l'école / Eskolan izena emateko:

Fournir / Eman :

- Le dossier d'inscription / Izen emate agiria
- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance / familia liburuxka edo Sortze segurtagiria
- Carte d'identité père ou mère / Aita edo Ama nortasun agiria
- Justificatif de domicile / Bizileku egiaztagiria
- Copie intégrale du jugement de divorce ou ordonnance de séparation ou Attestation Autorité parentale / Dibortzioaren erabakiaren kopia osoa edo Bereizte agindua edo elkarrekiko buraso eskumena agiri



MAIRIE GAZTELONDOA / GAZTELONDOA HERRIKO ETXEAN
Du Lundi au Vendredi / Astelehenik Ostiralerara / 9h00 à 12h30 et 14h00 à 17h
Le Samedi / Larunbatean de 08h30 à 12h30
☎ : 05 59 93 00 44

Vie scolaire / Eskolaren Bizia

Pour s'inscrire au service vie scolaire / Eskolaren Bizian izena emateko:

Fournir / Eman :

- Le dossier d'inscription / Izen emate agiria
- Attestation du quotient familial
- Justificatif de domicile / Bizileku egiaztagiria
- Si prélèvement automatique : un RIB / kentze automatiko : RIB bat

Possibilité d'effectuer l'inscription /
Izena emateko aukera

- ✚ Au bureau n°2 du bâtiment Lagunen Etxea /
2 bulegoan Lagunen Etxea eraikin
- ✚ Par mail à / Emaillez : vie.scolaire@ustaritz.fr



LAGUNEN ETXEA
Permanences du Bureau
BULEGOKO Permanentziak :
05 59 93 20 74

	Matin / Goiza	Après-midi / Arratsaldea
Lundi / Astelehena	7.30 - 10.00	fermé / hetsia
Mardi / Asteartea	fermé / hetsia	16.00 - 18.30
Mercredi / Asteazkena	9.00 - 12.00	15.30 - 18.30
Jeudi / Osteguna	fermé / hetsia	16.00 - 18.30
Vendredi / Ostirala	7.30 - 10.00	fermé / hetsia

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte
Ongi beteak ez diren txostenak ez dira onartuak izanen