



DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

A RETOURNER EN MAIRIE**FICHE D'IDENTITE DE L'ENFANT (à compléter en majuscule)**

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Adresse complète : _____

Code Postal _____ Ville _____

Sexe : masculin ☐ féminin ☐ Filière bilingue basque : OUI ☐ NON ☐

Classe : PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐

Parents

Responsable 1	Responsable 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E.mail : _____	E.mail : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
N° allocataire CAF : _____	N° allocataire CAF : _____

INSCRIPTIONS SERVICES :RESTAURATION SCOLAIRE : *via le portail famille*GARDERIE SCOLAIRE les jours d'école (matin et/ou soir)Forfait Mensuel ☐Au réel ☐Possibilité ETUDE SURVEILLEE à partir du CE1 du 26/09/2023 au 21/06/2024Mardi : ☐Jeudi : ☐ACCUEIL DE LOISIRS SANS HERBERGEMENT : *via le portail famille*Compléter la *fiche sanitaire de liaison* et fournir *attestation d'assurance extra-scolaire***MODE DE REGLEMENT :**☐ Par chèque bancaire ou paiement en ligne (payfip.gouv.fr)☐ Par prélèvement automatique – **Fournir un RIB,***un formulaire de prélèvement automatique vous sera adressé remis lors du dépôt de dossier (Prélèvement reconduit automatiquement l'année suivante pour ce qui sont déjà au prélèvement)*



ARGIBIDE TXOSTENA

HERRIKO ETXERA ITZULTZEKO

HAURRAREN NORTASUN-FITXA (hizki larriz osatzekoa)

Deitura: _____ Izena: _____

Sorteguna: ____/____/____ Sorterria _____

Helbide osoa: _____

Posta kodea _____ Herria _____

Sexua : mutikoa ☐ neska ☐ euskarazko elebidun saila : BAI ☐ EZ ☐Ikasgela : Ama eskola ttipia ☐ Ama eskola ertainak ☐ Ama eskola handia ☐ 1. urtea ☐2.urtea ☐ 3. urtea ☐ 4. urtea ☐ 5.urtea ☐

Gurasoak

1. arduraduna	2. arduraduna
Deitura: _____	Deitura: _____
Izena: _____	Izena: _____
E.mail: _____	E.mail : _____
Telefono : _____	Telefono : _____
CAF laguntza hartzailearen zk.: _____	CAF laguntza hartzailearen zk.: _____

IZEN-EMATEEN ZERBITZUAK :

ESKOLA OSTALARITZA : familia atariaren bidezESKOLA ZAINITZA eskola egunetan (goizetan edo arratsetan)Hilabeteko prezio finkoa ☐ Egindako egunen arabera ☐Estudio zainduaren aukera, lehen mailatik goiti, 2023/09/26tik 2024/06/21raAsteartea: ☐ Osteguna : ☐AISIALDI ZENTROA : familia atariaren bidezLotura egiteko osasun fitxa bete eta eskolaz kanpoko asurantzak agiria eman

ORDAINKETAK:

- ☐ Bankuko txkeez edo internetez (payfip.gouv.fr)
☐ Kentze automatikoz – **RIB-a eman,**
 Kentze automatiko inprimaki bat emanen dizugu, txostena itzuliko diguzularik
 (kentze automatikoa automatikoki berrituko da ondoko urteetan)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

*Joindre obligatoirement
la copie du carnet de vaccination*

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
