



ARCANGUES ARRANGOITZE  
MAIRIE HERRIKO ETXEA

Service Scolaire et Périscolaire

Herriko Bidea - 64200 Arcangues

Tél : 05 59 43 19 57 Mail : loisirs@arcangues.fr



**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS DES SERVICES PERISCOLAIRES  
ACCUEILS PERISCOLAIRES (MATINS, SOIRS et MERCREDIS),  
RESTAURATION et ACCUEIL DE LOISIRS (VACANCES SCOLAIRES)**

Responsable : Mme DETREZ Charline

**DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS**  
**ANNEE 2024 / 2025**

**L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance et lieu : .....

Adresse :

.....  
.....

Ecole fréquentée : .....

Nom du médecin traitant : .....

Son numéro de téléphone : .....

## LA FAMILLE :

	Le Papa	La Maman	La tutrice / Le tuteur
Nom			
Prénom			
N° portable			
Profession			
Employeur			
N° téléphone employeur			
Adresse <small>(Si différente de l'enfant)</small>			
N° téléphone domicile			
Adresses mails			
Situation familiale <small>(Célibataire - marié - pacsé - vie maritale - séparé - divorcé - veuf)</small>			
Autorité parentale			
N° Sécurité Sociale			
Nom assurance extrascolaire			
Numéro d'assurance extrascolaire			
<b><u>NUMERO D'ALLOCATAIRE</u></b>			

Les enfants de la famille : les frères et sœurs :		
Nom	Prénom	Date et lieu de naissance

<b>Autorisations parentales</b>
---------------------------------

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les activités sportives et aquatiques organisées par l'accueil de loisirs d'Arcangues.

---

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties dûment encadrées par les animateurs de l'accueil de loisirs d'Arcangues.

---

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à utiliser les transports collectifs (bus, minibus) prévus par l'accueil de loisirs d'Arcangues lors des sorties extérieures.

---

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre d'activités, sachant que les images ne pourront être utilisées que dans des supports écrits et/ou audiovisuels.

---

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être transporté et soigné à l'Hôpital de Bayonne, où il recevra les soins d'urgence.

**OU** autre clinique souhaitée : .....

**Autorisation parentale  
donnée à d'autres adultes  
pour venir chercher l'enfant**

J'autorise les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Fait à

Le

Signature(s) :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**pas de photocopie**

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION A LA COLLECTIVITE.

**ATTENTION :** LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME

oui  non

MEDICAMENTEUSES

oui  non

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES (Précisez) :

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

