

Herriko Bidea 64200 ARCANGUES
Herriko Bidea 64200 ARRANGOITZE

ENFANCE JEUNESSE
ESKOLAZ INGURUKO ZERBITZUEI

Accueils périscolaires (matins, soirs et mercredis), restauration et accueil de loisirs (vacances scolaires)

Eskolaldi inguruko harrera (goizak, arratsaldeak eta asteazkenak) jantegia eta aisialdi zentroa (eskolako oporrak)

Responsable du service : *Zerbitzuaren arduraduna :* **Mme DETREZ Charline**

05.59.43.19.57 **loisirs@arcangues.fr**

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027
2026-2027KO ARGIBIDE DOSIERRA

L'ENFANT / *HAURRA :*

Nom, Prénom : *Deitura, Izena :* _____

Sexe : *Sexua :* F ☐ G ☐

Date et lieu de naissance : *Sorteguna eta sorterria:* _____ / _____ /_____ A : _____

Adresse : *Helbidea:* _____

Ecole fréquentée : *Ibiltzen den ikastetxea:* _____

Nom du médecin traitant et téléphone : *Etxeko medikuaren izena eta telefono zenbakia:* _____ ___ / ___ / ___ / ___ /___

LA FAMILLE / *FAMILIA :*

	PÈRE *AITA*	MÈRE *AMA*	TUTEUR *TUTOREA*
Nom : *Deitura :*			
Prénom : *Izena :*			
Portable : *Sakelako telefono zenbakia:*	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___
Profession : *Lanbidea :*			
Employeur : *Enplegatzailea :*			
N° téléphone employeur : *Enplegatzailearen telefono zk. :*	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___
Adresse : *Helbidea :*			
Téléphone domicile : *Etxeko telefono zenbakia :*	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___	___ / ___ / ___ / ___ /___
Adresses mails : *Helbide elektronikoak :*			
Situation familiale : *Familia-egoera :*			
Autorité parentale : *Guraso aginpidea :*			
Numéro sécurité sociale : *Segurtasun soziala zk. :*			
Nom assurance extrascolaire : *Eskolaz kanpoko asurantza etxearen izena :*			
N° assurance extrascolaire : *Eskolaz kanpoko asurantza zenbakia :*			
Numéro d'allocataire : *FaLK/MSA hartzaile zk. :*			

Les enfants de la famille : les frères et sœurs : *Familiako haurrak: anai-arrebak:*		
Nom *Deitura*	**Prénom** *Izena*	**Date et lieu de naissance** *Sorteguna eta sorterria*
_____	_____	_____ / _____ /_____ A : _____
_____	_____	_____ / _____ /_____ A : _____
_____	_____	_____ / _____ /_____ A : _____
_____	_____	_____ / _____ /_____ A : _____

AUTORISATIONS PARENTALES / *GURASOEN BAIMENA :*

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

☐ **N'autorise pas**, *Ez diot baimenik ematen*

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

Nire haurrari Arrangoitzeko aisialdi zentroak antolaturiko kirol eta uretako jarduera guzietan parte hartzeko.

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

☐ **N'autorise pas**, *Ez diot baimenik ematen*

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

Nire haurrari Arrangoitzeko aisialdi zentroko animatzaileek kudeaturiko ateraldietan parte hartzeko.

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

☐ **N'autorise pas**, *Ez diot baimenik ematen*

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

Nire haurrari Arrangoitzeko aisialdi zentroak antolaturiko garraioetan ibiltzeko (autobusa, minibusa) kanpoko ateraldietarako.

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

☐ **N'autorise pas**, *Ez diot baimenik ematen*

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.

Nire haurrari argazkitan hartua edo filmatua izateko jardueren harira, jakinez irudiak erabil daitezkeela soilik idatzizko edo/eta ikus-entzunezko euskarrietan.

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

☐ **N'autorise pas**, *Ez diot baimenik ematen*

Mon enfant à être transporté et soigné à l'Hôpital de Bayonne, où il recevra les soins d'urgence.
Ou autre clinique souhaitée :_____

Nire haurrari Baionako ospitalera eramana eta artatua izateko larrialdi baten kasuan
*EDO nahiago dudan beste klinika batera:*_____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE MINEUR / *ADINGABEAREN BILA ETORTZEKO BAIMENA DUTEN PERTSONAK :*

NOM *DEITURA*	**PRÉNOM** *IZENA*	**TÉLÉPHONE** *TELEFONOA*	**LIEN DE PARENTÉ** *AHAIDETASUNA*
_____	_____	___ / ___ / ___ / ___ /___	_____
_____	_____	___ / ___ / ___ / ___ /___	_____
_____	_____	___ / ___ / ___ / ___ /___	_____
_____	_____	___ / ___ / ___ / ___ /___	_____
_____	_____	___ / ___ / ___ / ___ /___	_____

FICHE SANITAIRE

OSASUN-ORRIA

Nom, Prénom :
Deitura, Izena : _____

Sexe : F ☐ G ☐
Sexua :

Date et lieu de naissance :
Sorteguna eta sorterria:
_____ / _____ / _____
A : _____

VACCINATIONS *TXERTAKETAK*

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)
(ikus haurraren osasun liburuxka edo txertaketa ziurtagiriak).

PAS DE PHOTOCOPIE
FOTOKOPIARIK EZ

VACCINS OBLIGATOIRES *BAITEZPADAKO TXERTOAK*	OUI *BAI*	NON *EZ*	DATES DES DERNIERS RAPPELS *AZKEN TXERTO BERRIZTATZEEN EGUNAK*
DIPHTÉRIE *DIFTERIA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
TÉTANOS *TETANOSA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
POLIOMYÉLITE *POLIOMIELITISA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
ou DT POLIO *edo DT PLIOA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
ou TETRACOQ *edo TETRAKOK TXERTOA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
BCG *BCG*	☐	☐	_____ / _____ / _____

VACCINS RECOMMANDÉS *GOMENDATURIKO TXERTOAK*	OUI *BAI*	NON *EZ*	DATES DES DERNIERS RAPPELS *AZKEN TXERTO BERRIZTATZEEN EGUNAK*
HÉPATITE B *B HEPATITISA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
RUBÉOLE-OREILLONS-ROUGEOLE *ERRUBEOLA-LEPERIA-MINGORRIA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
COQUELUCHE *KOKALUXEA*	☐	☐	_____ / _____ / _____
AUTRES (préciser) *BESTERIK(zehaztu)*	☐	☐	_____ / _____ / _____

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

HAURRAK EZ BADITU BAITEZPADAKO TXERTOAK EGIN, MEDIKUAREN KONTRAINDIKAZIO ZIURTAGIRIA EMAN ELKARGOARI
KASU: TETANOSAREN KONTRAKO TXERTOAK EZ DU NEHOLAKO KONTRAINDIKAZIORIK

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
HAURRARI DAGOZKION MEDIKU-ARGIBIDEAK

A titre indicatif: l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
Adierazgarri gisa: haurrak honako eritasunak jadanik ukan ote ditu ?

RUBÉOLE *ERRUBEOLA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**VARICELLE** *ZURRUMINO XEHEAK* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**ANGINE** *ANGINA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**SCARLATIN** *KABARDILA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** *SUKAR ERREUMATIKO AKUTUA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
COQUELUCHE *KOKALUXEA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**OTITE** *OTITISA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**ROUGEOLE** *MINGORRIA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	**OREILLONS** *LEPERIA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*	

ALLERGIES :
ALERGIAK:

ASTHME *HATS-NEKEA* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*

ALIMENTAIRE *JANARIARI* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*

MÉDICAMENTEUSE *SENDAGAILUEI* ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*

AUTRES *BESTERIK (ZEHAZTU)* _____
(précisez la cause de l'allergie et la conduite a tenir)
(alergiaren iturburua eta hartu beharreko jokamoldea zehaztu)

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : (joindre le protocole et toutes informations utiles) ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
BHaP (Banako Harrera Proiektua) aribidean: (protokoloa eta argibide baliagarri oro eratxiki)

_____

_____

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNACE
EZ DA SENDAGAILURIK EMATEN AHALKO MEDIKU ORDENANTZARIK GABE.

INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPÉRATION, RÉEDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE:
HEMEN JAKINARAZI OSASUN ARAZOAK (ERITASUNA, ISTRIPUA, KONBULTSIOAK, OSPITALERATZEA, EBAKUNTZA, BIRGAITZEA...), HARTU BEHARREKO NEURRIAK ZEHAZTUZ:

_____

_____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)
GAINERATEKO ARGIBIDEAK (nahitaez bete behar)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
ZURE HAURRAK LENTILLAK DARAMATZA:

DES LUNETTES : (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
BEGI LAGUNAK: (beharrez haurraren izena daraman betaurreko ontzi bat ekarri)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
ENTZUMEN PROTESIAK:

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : ☐ OUI *BAI* ☐ NON *EZ*
HORTZ PROTESIAK EDO APARATUAK:

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) :
BESTE GOMENDIORIK / ZEHAZTU (adib.: larru mota, eguzkiko krema) :

_____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Nik, beherean izenpetzen dudan _____k, haurraren legezko arduradunak, fitxan adierazi argibideak zuzenak direla diot eta animazio taldeari baimena ematen diot, beharrez, beharrezko neurri guziak hartzeko (sendagailuak ematea, ospitaleratzea, ebakuntza onartzea) haurraren egoerak eskatzen duelarik, mediku baten edo/eta eskualdeko ospitalea zehazteko ahalmena duen larrialdi zerbitzu baten aholkuei jarraikiz.

Date: ___ / ___ / 20___
Eguna:

Signature:
Izenpea :