

Herriko Bidea 64200 ARCANGUES
Herriko Bidea 64200 ARRANGOITZE

Local jeunes d'Arcangues
Arrangoitzeko gazte gunea

Service Enfance Jeunesse
Eskolaz inguruko zerbituei

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

Responsable du local : *Gelaren arduraduna :* **M MORINEAU Julien**

05.59.43.19.57 / 06.46.39.87.71

localjeunes@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:* _____

LA FAMILLE / *FAMILIA :*

	PÈRE *AITA*	**MÈRE** *AMA*	**TUTEUR** *TUTOREA*
Nom : *Deitura :*			
Prénom : *Izena :*			
Portable : *Sakelako telefono zenbakia:*	__ / __ / __ / __ /__	__ / __ / __ / __ /__	__ / __ / __ / __ /__
Profession : *Lanbidea :*			
N° téléphone employeur : *Enplegatzailearen telefono zk. :*	__ / __ / __ / __ /__	__ / __ / __ / __ /__	__ / __ / __ / __ /__
Adresse : *Helbidea :*			
Adresses mails : *Helbide elektronikoak :*			
Situation familiale : *Familia-egoera :*			
Numéro sécurité sociale : *Segurtasun soziala zk. :*			
Numéro d'allocataire : *FaLK/MSA hartzaile zk. :*			

MODALITES D'ACCUEIL / *ATERPETZE MODUAK :*

Je/nous, soussigné (s), M. et/ou Mme _____
Nik/Guk beherean izenpetzen dudan/dugun

☐ **Autorisons,** *Baimena ematen diogu*

☐ **N'autorisons pas**, *Ez diogu baimena ematen*

Notre/nos enfants:
Gure haurrari/haurrei:

Nom, Prénom : _____
Deitura, Izena :

Nom, Prénom : _____
Deitura, Izena :

Nom, Prénom : _____
Deitura, Izena :

à quitter seul(e) le local jeune.
Gazte Gunetik bakarrik abiatzea.

Je/Nous renonce(ons) formellement à exercer toute action en responsabilité contre la commune représentée par son maire en exercice, Philippe Echeverria et/ou contre le personnel municipal en cas d'incident ou d'accident après le départ des locaux de notre/nos enfant(s).
Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Karguan den Philippe Echeverria auzapezak ordezkaturiko Herriko Etxearen kontra edo/eta herriko langileen kontra erantzuletasun jaukitzerik ez egitea hitzematen dugu arazo edo istripu bat izanez gero gure haurra(k) gunetik abiatu ondotik. Bere zuzenez baliatzeko egina.

Le/les responsable (s) légal (aux),
Legezko arduraduna(k),

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »
Izenpea, "Irakurria eta onartua" aipuaren azpian

Date: ____ / ____ / 20____
Eguna:

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE MINEUR / *ADINGABEAREN BILA ETORTZEKO BAIMENA DUTEN PERTSONAK :*

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

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 le local jeunes d'Arcangues.

Nire haurrari Arrangoitzeko Gazte Guneak 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 du local jeunes d'Arcangues.

Nire haurrari Arrangoitzeko Gazte Guneko 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 le local jeunes d'Arcangues.

Nire haurrari Arrangoitzeko Gazte Guneak antolaturiko garraioetan ibiltzeko (autobusa, minibusa).

☐ **Autorise,** *Baimena ematen diot*

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

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

Nire haurrari argazkitan hartua edo filmatua izateko Arrangoitzeko Gazte Gunearen 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:*_____

DOCUMENTS A FOURNIR

AURKEZTU BEHARREKO DOKUMENTUAK

☐ **ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE EN COURS DE VALIDITÉ**
ESKOLAZ KANPOKO ASURANTZA AGIRI BALIODUNA

☐ **TEST D'APTITUDE EN MILIEU AQUATIQUE (TEST DE PANIQUE) CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR POUVOIR PARTICIPER AUX ACTIVITÉS NAUTIQUES.**
URETAN IBILTZEKO GAITASUN FROGA (IZIALDURA FROGA). DOKUMENTU HAU EZINBESTEKOA DA URETAKO JARDUERETAN PARTE HARTZEKO.

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 :