



FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANT / FAMILLE
HAURRA / FAMILIA ARGIBIDE ORRIA

ENFANT / HAURRA

Nom / *Deitura* : Prénom / *Izena* :
Age / *Adina* : Né(e) le : à :
Adresse / *Helbidea* :
Code postal / *Posta kodea* : Commune / *Herria* :
N° de sécurité sociale / *Segurantzza sozial zenbakia* :
Régime : CAF / MSA / Autres : Numéro / *zenbakia* :

FAMILLE / FAMILIA

@E-Mail :
Situation familiale :
Nombre d'enfants total : Nombre d'enfants à charge :
Assurance : N° de police :

Père / <i>Aita</i> :	Mère / <i>Ama</i> :
Nom / <i>Deitura</i> :	Nom / <i>Deitura</i> :
Prénom / <i>Izena</i> :	Prénom / <i>Izena</i> :
Adresse / <i>Helbidea</i> (si différente de l'enfant) :	Adresse / <i>Helbidea</i> (si différente de l'enfant) :
Né le : à :	Née le : à :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Mobile :	Mobile :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
N° Allocataire (si différent de l'enfant) :	N° Allocataire (si différent de l'enfant) :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Autorité Parentale oui / non	Autorité Parentale oui / non



FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

VACCINATIONS / TXERTOAK

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX concernant l'enfant

Haurrari buruzko MEDIKUNTZA ARGIBIDEAK

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.)

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	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 ·

MEDICAMENTEUSES Oui · Non ·

ALIMENTAIRES Oui · Non ·

AUTRES :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INDIQUEZ CI APRES / BEHERAGO IDATZ EZAZUE :

Les **Difficultés de Santé** (Maladie, Accident, crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Osasun zailtasunak (Eritasun, Istripu, gorputz-dardara krisiak, Ospitalean egonaldiak, Ebakuntzak, Birgaitzeak) datak eta hartu beharreko neurriak zehaztuz.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / GURASOEN GOMENDIO BALIAGARRIAK :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc..... Précisez.

Zure haurrak begi lagunak, lentillak, entzumen protesiak, hortz protesiak, etab...baditu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant sait-il nager ? Oui • Non •



FICHE D'AUTORISATIONS

Je soussigné(e),

Autorise Oui · Non ·	Mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées par l'équipe d'animation.
Autorise Oui · Non ·	Le centre à reproduire et à diffuser les photographies et /ou vidéo de ma personne et de mon enfant réalisées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
Autorise Oui · Non ·	Mon enfant à pratiquer tous les sports proposés par l'équipe d'animation, y compris la natation.

PERSONNES AUTORISEES à VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les représentants légaux) :

HAURRAREN XERKA ETORTZEN AHAL DIREN PERTSONEN ZERRENDIA (legezko arduradunetaz kanpo) :

Nom <i>Deitura</i>	Prénom <i>Izena</i>	Adresse <i>Helbidea</i>	Téléphone <i>Telefonoa</i>

Je soussigné (e),
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**



Liste des documents à fournir pour valider l'inscription :

- ▶ La copie du carnet de santé de l'enfant ou document attestant que l'enfant est vacciné conformément à la législation en vigueur
- ▶ Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et précisant la possibilité ou non de pratiquer des activités sportives.
- ▶ Le justificatif du quotient familial
- ▶ La copie de l'attribution de l'aide aux temps libres (CAF) ou bon vacances (MSA)
- ▶ La copie de l'attestation d'assurance Responsabilité civile

Documents et attestations à compléter ou à signer pour l'inscription

- ▶ Règlement intérieur signé
- ▶ Fiche sanitaire
- ▶ Fiche de renseignements
- ▶ Fiche d'autorisations