



## 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 : *via le portail famille*

Possibilité ETUDE SURVEILLEE à partir du CE1 du 24/09/2024 au 19/06/2025

Mardi :  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 ITZULTZEKOA**

### **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 bidez

ESKOLA ZAINTZA : familia atariaren bidez

Estudio zainduaren aukera, lehen mailatik goiti, 2024/09/24tik 2025/06/19ra

Asteartea:                       Osteguna : 

AISIALDI ZENTROA : familia atariaren bidez

**Lotura egiteko osasun fitxa bete eta eskolaz kanpoko asurantzia agiria eman**

### **ORDAINKETAK:**

- Bankuko txekoz 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**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

---

---

---

---

---

---