**ACCORD REGLEMENTS INTERIEURS / BARNE ARAUDIAKO ADOSTASUNA**

Je soussigné(e) : ……………………………………………………..……..Nik : …………………………………………………………………………

**Accepte** toutes les clauses des règlements intérieurs (cantine, accueil périscolaire)

Kantina, haurtzaindegi eko barne araudiaren puntu guziak **onartzen ditut**.

**Autorise** le responsable à se connecter à CAF Pro/Arduradunak CAF Pro webgunean begiratzea **onartzen ditut**

**Date / data : ………………………………… Signature / Izenpetzea :**

****

**DOSSIER ADMINISTRATIF /TXOSTEN ADMINISTRATIBOA 2021-2022**

**RESPONSABLES/ARDURADUNAK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | PÈRE / AITA | MÈRE / AMA | AUTRE (Précisez) / BESTE (Zehaztu) |
| NOM/DEITURA |  |  |  |
| Prénom / Izena |  |  |  |
| Adresse / Helbidea |  |  |  |
| N° téléphone domicile  Etxeko telefonoa |  |  |  |
| N° téléphone travail  Laneko telefonoa |  |  |  |
| N° téléphone portable  Mugikorra |  |  |  |
| Adresse mail  Posta elektronika |  |  |  |
| Profession / lana |  |  |  |
| Employeur / Nagusia |  |  |  |
| Adresse de l’employeur  Nagusiaren helbidea |  |  |  |

**FACTURATION / FAKTURA**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse de facturation Fakturarako helbidea |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisme de rattachement Lotze erakundea | **CAF □** | **MSA □** | **Autre (précisez)** |
| **N° Allocataire** |  |  | **Beste (zehaztu)** |

**MODE DE PAIEMENT / ORDAINKETA**

□ Prélèvement automatique (le 3ème mardi de chaque mois). Obligation de fournir un RIB et de compléter l’autorisation de prélèvement ci-jointe. Ordainketa automatikoa (hilaren 3. Asteartean) ezinbestekoa RIB eman eta hartze baimen horren betetzea) (Très recommandé)

□ Paiement en ligne sur la plateforme PAYFIP

□ Chèque ou CESU (à adresser au Trésor Public – 1 rue Jats - 64240 HASPARREN avant la fin du mois suivant le mois facturé) / Txekez, diruz edo CESU

**ENFANTS / HAURRAK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1er enfant / 1. haurra | 2ème enfant / 2. haurra | 3ème enfant / 3. haurra |
| Nom + prénom de l’enfant/haurraren izena |  |  |  |
| Sexe | □ F □ G | □ F □ G | □ F □ G |
| Date de naissance  Sortze eguna |  |  |  |
| Etablissement fréquentée / Eskola |  |  |  |
| Classe fréquentée / Klasea |  |  |  |
| Régime alimentaire particulier /  Jan erregimen berezia |  |  |  |

Résidence de l’enfant / Haurraren bizilekua : □ au domicile de ses parents / burasoen etxean

□ au domicile de la mère / amaren etxean

□ au domicile du père / aitaren etxean

□ garde alternée / aldizkako zaintza

□ autre (précisez) / beste (zehaztu)

Autorité parentale conjointe / elkarrekiko buraso eskumena □ OUI/BAI □ NON/EZ

Si NON, joindre photocopie du jugement / Hori ezean auziaren fotokopia lotu.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / MEDIKUNTZA XEHETASUNAK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médecin traitant  Familiaren medikua |  |  |  |
| N° tél médecin  Medikuaren tel |  |  |  |

L’accueil d’un enfant présentant une maladie chronique, une allergie alimentaire ou un handicap sera conditionné à l’avis obligatoire du médecin scolaire et à la mise en place d’une P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé).

Eritasun kronikoa, elikadura alergia edota urritasuna pairatzen duen haur baten harrera : medikuaren iritziak eta PAI baten plantan emateak baldintzaturik.

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT (autre que les responsables)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom + Prénom /Deitura Izena** | **Qualité (gd parents, voisin, aitamatxi, auzoak** | **Téléphone / Telefona** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**FICHE SANITAIRE / OSASUN FITXA**

**VACCINATIONS / TXERTOAK**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS / Txertoak | Date dernier rappel 1er enfant | Date dernier rappel 2ème enfant | VACCINS / Txertoak | Date dernier rappel 1er enfant | Date dernier rappel 2ème enfant |
| Diphtérie \* |  |  | BCG |  |  |
| Tetanos \* |  |  | Hépatite B |  |  |
| Poliomyélite \* |  |  | ROR |  |  |
| DT Polio \* |  |  | Coqueluche |  |  |
| Tetracoq \* |  |  | Autres / Beste |  |  |

Vous pouvez joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires(\*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti/tétanique ne présente aucune contre-indication / Zuen osagarri liburuxkan txertoei buruzko informazioa jasotzen duen orriaren kopia bat ezarri dezakezu taula hau ez betetzeko. (\*) kontraindikaziorik ez dela segurtatzen duen mediku-agiria erants ezazu. Kasu, tetanosaren kontrako txertoak ez du kontraindikaziorik sortzen.

**MALADIES / ERITASUNAK**

L’enfant suit-il un traitement médical / Haurrak mediku artamendu bat segitzen du : Oui/Bai □ Non/Ez □

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Baikorki erantzun baduzu, berrikitan egin ordenantza eta dagozkion erremedioak erants itzazu(erremedioak beren paketatze ontzietan, haurraren izenarekin eta oharrarekin). Ordenantzarik gabeko erremediorik ez daiteke hartu.

**DIFFICULTES DE SANTE / OSASUN ARAZOAK**

L’enfant est-il allergique ? / Haurrak alergiak ote ditu ?

□ Asthme – Asma □ Alimentaire – Janaria □ Medicamenteuse – Erremedioak □ Autres – Beste :

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) sinon joindre un certificat médical/ Zehaztu itzazu alergiaren arrazoiak eta zer neurri hartu behar den (automedikazioa erabili behar bada, seinala ezazu) :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, réeducation) de l’enfant en précisant les dates et éventuelles précautions à prendre / Haurraren osasun arazoak seinala itzazu (eritasuna, istripua, dorputz-dardara, ospitaleratzea, ebakuntza, birgaitzea) datak eta hartu beharreko segurtasunezko neurriak zehaztuz :

**RECOMMANDATIONS UTILES / GOMENDIO BALIOSAK**

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l’enfant : vous pouvez par exemple signaler s’il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, si votre enfant présente des troubles du comportement,…/Haurrari buruzko bestelako argibide baliogarriak zehaztu ditzakezu : adibidez, betaurrekoak edo begi lentillak eramaten dituenez, entzumen protesiak edo hotz protesiak dituenez, konportamendu arazoak dituenez …

**AUTORISATIONS / BAIMENAK**

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………….responsable légal de l’enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l’état de l’enfant / Nik, adierazpen hau izenpetzen dudan….-k, haurraren legezko arduraduna naizen honek, fitxa honetan jaso diren argibideak zuzenak direla ematen diot (mediku artamenduak, ospitaleratzea, ebakuntza).

Date/Eguna Signature/Izenpedura