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 2026-2027

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 Service de Gestion Comptable Côte Basque – 17 Rue Chauvin Dragon – CS 90209 64502 SAINT JEAN DE LUZ avant la fin du mois suivant le mois facturé) / Txekez, diruz edo CESUS

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, rééducation) 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