



DOSSIER D'INSCRIPTION ESPACE JEUNES

Prénom _____

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

FEMININ

MASCULIN

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT HAURRAREN LEGEZKO ARDURADUNA

Responsable 1

Autorité parentale : OUI NON

Père/Aita Mère/Ama

Autre/Beste : _____

NOM: (En majuscule) :

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL PORTABLE : _____

TÉL FIXE : _____

EMAIL : _____

PROFESSION : _____

EMPLOYEUR : _____

Nom employeur : _____

Commune employeur : _____

Tél pro : _____

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale

Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Responsable 2

Autorité parentale : OUI NON

Père/Aita Mère/Ama

Autre/Beste : _____

NOM: (En majuscule) :

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL PORTABLE : _____

TÉL FIXE : _____

EMAIL : _____

PROFESSION : _____

EMPLOYEUR : _____

Nom employeur : _____

Commune employeur : _____

Tél pro : _____

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale

Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

SCOLARITÉ

Niveau :

6°

5°

4°

3°

Nom du médecin traitant / familiaren medikua : _____

N° tél médecin traitant / medikuaren tel : _____

VACCINATIONS TXERTOAK

Transmettre une copie de la page vaccination du carnet de santé de l'enfant

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 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. *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.*

DIFFICULTÉS DE SANTE OSASUN ARAZOAK

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'un P.A.I (Projet d'accueil Individualisé). *Eritasun kronikoa, elikadura alergia edota urritasuna pairatzen duen haur baten harrera : medikuaren iritzia eta PAI baten plantan emateak baldintzaturik*

L'enfant est-il allergique ? / *Haurrak alergia ote ditu ?*

Asthme - Asma Aliment - Janaria Médicament - Erremedioak Autres - Beste : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) / *Zehaztu itzazu alergiaren arrazoiak eta zer neurri hartu behar den (automedikazioa erabili behar bada, seinala ezazu) :* _____

Indiquez 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 si l'enfant porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires / *Haurrari zehaztu ditzakezu : betaurrekoak edo begi lentillak eramaten dituenek, entzumen protesiak edo hotz protesiak dituenek :* _____

PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT NAHI ALA EZ AURKEZTU BEHARREKO DOKUMENTUAK

- Le dossier d'inscription / *Izen emate agiria*
- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance / *familia liburuxka edo Sortze segurtagiria*
- Carte d'identité parent 1 et parent 2 ou représentant légal / *Aita edo Ama nortasun agiria*

ACCORD REGLEMENTS INTERIEURS BARNE ARAUDIAKO ADOSTASUNA

Je soussigné(e) : _____

Accepte toutes les clauses des règlements intérieurs (disponible sur le portail famille)
Barne araudiaren puntu guziak onartzen ditut

Date :

Signatures des représentants légaux :

AUTORISATIONS

Droit à l'image

Je soussigné(e) _____

autorise n'autorise pas
l'établissement d'accueil à photographier/filmer l'enfant _____

L'utilisation de ces images sera réservée à la structure d'accueil (affichage, diaporama, album photos...) ainsi qu'à la communication municipale (journaux municipaux). Tout autre usage devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.

Sorties

Je soussigné(e) _____

autorise n'autorise pas l'enfant à participer aux sorties.

J'autorise le personnel municipal en charge de l'enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant).

Date :

Signatures des représentants légaux :



Les informations et justificatifs recueillis font l'objet d'un traitement destiné à la délivrance des prestations demandées. Ils sont protégés et seront conservés pendant la durée légale et celle de leur utilité. Les destinataires en sont les services de la Ville délivrant ces prestations.

Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL.