



# FITXA ADMINISTRATIBOA - Fiche administrative

BILGUNEA - ALSH : .....

2026

## HAURRA / Enfant

Deitura (k) Nom(s)	Izena(k) Prénom(s)
Sorteguna Date de naissance	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀
Ikastetxearen izena eta herria Nom et commune de l'établissement scolaire	Adina Age
Jan-moldea – alergiak Régime alimentaire – allergies :	Irakaskuntza sarea - Filière d'enseignement : <input type="checkbox"/> Seaska <input type="checkbox"/> Publikoa <input type="checkbox"/> Pribatua

## TUTORE LEGALAK / Tuteurs légaux

	TUTORE 1	TUTORE 2
Deitura (k) Nom(s)		
Izena(k) Prénom(s)		
Etxeko helbidea Adresse postale		
Herria, Posta kodigoa Commune, Code postal		
Telefonoa(k) Téléphone (s)		
Mail helbideak Adresses mail (Contact et facturation)		
Lanbidea eta lan herria Profession, lieu et commune de travail		

/ ! \ Gurasoak separatuak badira txosten bat bete behar da tuteure bakoitzaren partez !

*Si les parents sont séparés, un dossier par parent doit être rempli !*

## BESTE XEHETASUNAK / Autres renseignements

MSA <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Beste <input type="checkbox"/>	*Nº CAF Zenbakia :	Aide au temps libre : Bai <input type="checkbox"/> Ez <input type="checkbox"/>
<p>* CAF zenbakia behartua da zehaztea, zenbakirik ez bada agertzen, prezio gorena fakturatua izango da! <i>Il est obligatoire de préciser le N° CAF. Faute de numéro indiqué, le tarif le plus élevé sera facturé !</i></p>		
Haur honentzat, ahalmen urriko haurraren hezkuntzarako alokairua kobratzen ote duzue ? Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour cet enfant ? ¿Percibe usted el subsidio de educación del niño discapacitado para este niño?		Bai <input type="checkbox"/> Ez <input type="checkbox"/>

## HAURREN BILA ETORTZEKO BAIMENDUAK DIREN BESTE PERTSONAK (tutoreez gain)

*Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que tuteurs)*

Izen- Deitura / Nom et Prénom	Ahaidetasuna / Lien de parenté	Telefonoa / Téléphone

**Fitxa hau izenpetzean bilguneko barne arautegia ezagutzen dugula baieztagatzen dugu eta errespetatzen engaiatzen gira.**

*En signant ce document nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et nous nous engageons à le respecter.*

**Data / Date :**

**Izenpedura / Signature :**

## IRUDI ESKUBIDEEN BAIMENA

### DROIT A L'IMAGE

NIK / Je soussigné(e) M./Mme ..... jaunak/andereak ,  
représentant légal de .....-ren arduradun legalak,  
Uda Leku elkarteari nere haurraren irudia erabiltzeko baimena ematen diot, elkartearen aktibitateak  
irudikatzeko, prentsan, web gunean, txostenetan eta sare sozialetan (Facebook, WhatsApp, Instagram ...).  
J'autorise l'association Uda Leku à utiliser l'image de mon enfant pour illustrer les activités de l'association dans la presse, sur son site web, dans les rapports d'activités et sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, WhatsApp...).

Bai – Oui  Ez-non

Engaiatzen naiz Uda Leku-ren jarduereri buruzko argazki edo bideoak, nik hartutakoak ala elkartea emanikakoak, ez publikoki hedatzea, eta bereziki ez partekatza sare sozialetan, irudian agertzen diren adingabeen legezko arduradunen baimena gabe.

Je m'engage à ne pas diffuser publiquement les photographies ou films en lien avec une activité d'Uda Leku pris par moi-même ou fournis par l'association, et particulièrement à ne pas les partager sur les réseaux sociaux, sans l'accord des représentants légaux des mineurs qui apparaissent sur les images.

Data / Date :

Izenpedura / Signature :

## KONFIDENTZIALITASUN XARTA

### CHARTE DE CONFIDANTIALITE

Inprimaki horretan jasotzen den informazioa **Maddy BORDAGARAY-ek haurren izen- ematearendako** egindako fitxategi informatizatu batean erregistratzen da. Tratamenduaren legezko oinarria **onesprena** da.

Datuak hurrengo hartzaileei jakinaraziko zaizkie : **UDA LEKU Elkarteari**.

Datuak **azken tratamendutik 3 urtera** gordetzen dira. Datu hauetara jo dezakezu: zuzendu, ezereztu edo zure datuen tratamendua mugatzeko eskubidea egikaritu, zure datuen tratamenduari baiezkoa eman, zure datuen tratamenduari aurre egin, zure datuen eramangarritasunerako eskubidea erabili. Konsulta ezazu [cnil.fr](http://cnil.fr) webgunea zure eskubideei buruzko informazio gehiago izateko. Eskubide horiek gauzatzeko edo dispositibo honetako datuen tratamenduari buruzko edozein galdera egiteko, jar zaitezke harremanetan: **admin@udaleku.eus**. Gurekin harremanetan jarri ondoren, zure "RGPD" eskubideak ez direla errespetatzen uste baduzu, erreklamazio bat aurkez diezaiokezu CNIL-i.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **Maddy BORDAGARAY** pour l'**Inscription des enfants**. La base légale du traitement est le **consentement**.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Association UDA LEKU**.

Les données sont conservées pendant **3 ans après le dernier traitement**.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : **admin@udaleku.eus**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « RGPD » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Data / Date :

Izenpedura / Signature :



# OSASUN FITXA

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DEITURA(K) - Nom(s).....

IZENA(K) - Prenom(s).....

SORTEGUNA - Date de naissance .....

SEXUA - Sexe     ♀  ♂  ♀  ♂

**Fitxa honek zure seme-alabari buruzko informazio erabilgarria biltzea ahalbidetzen du (2003ko otsailaren 20ko agindua: opor-egonaldietan edo aisiadliko harreretan adingabeen jarraipen sanitarioari buruzkoa).**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1- TXERTO BEHARTUAK

#### 1- VACCINS OBLIGATOIRES

**Ikus orrialdearen versoa txerto behartuak sorturtearen arabera.**

**Eta eguneratuak badira txostenari erantsi.**

Voir au verso de la page les vaccins obligatoires selon l'année de naissance. Et s'ils sont à jour veuillez joindre une copie.

**Osasun liburuxkaren txerto orrialdeen kopia. (117-118 eta 119-120 orrialdeak frantziako liburuxkan)**

Copie des pages de vaccination du carnet de santé. (pages 117-118 et 119-120 du carnet de santé français)  
**EDO / OU**

**Adingabeak derrigorrezko txertoak ez baditu, kontraindikazio medikoaren ziurtagiria erantsi.**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication  
**EDO / OU**

**Medikuaren ziurtagiria, umeak txertaketaren inguruko betebeharrak bete dituela egiaztatzen duena.**

une attestation du médecin certifiant que l'enfant a souscrit aux obligations en matière de vaccination

### 2- ADINGABEKOAREN XEHETSAUNAK

#### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

**Tratamendu medikal bat ba ote du? Bai/Oui**

Suit-il un traitement médical?

**Ez/Non**

**Bai bada, erantsi azkenaldiko ordonantzia bat eta dagokion erremedioak.**

**Ordonantziarik gabe, ez da erremediork emanen.**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

	ALERGIAK - Allergies	INTOLERENTZIAK - Intolerances	ZEHAZTU - Précisez
<b>ELIKADURA</b> - Alimentaire	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	
<b>SENDAGAILU</b> - Médicamenteuses	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	
<b>BESTE (abere, landare, krema, makiaja...)</b> - Autres (Animaux, plantes, crème, maquillage...)	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Bai/Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Ez/Non</b> <input type="checkbox"/>	

**Baietz bada, alergiaren arrazoia, ager daitezkeen seinaleak eta hartu beharreko jokabidea zehazten dituen mediku-ziurtagiri bat erantsi.**

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**Adingabeak osasun arazoren bat ote du? Baietz bada, zehaztu.**

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser.

**Bai/Oui**

**Ez/Non**

**Eskola P.A.I. bat balu, milesker kopia ematea.**

Si le mineur dispose d'un P.A.I. à l'école, merci de nous fournir une copie.

### 3-GURASOEN GOMENDIO ERABILGARRIAK

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

**Haurraren portaerak, ikasketa zaitasunak, betaurrekoak, begi lentillak, entzumen, hortz edo arnasketa aparatuak eramatea, lo egiteko zaitasunak, gaueko beldurrak, etab... zehaztu.**

Comportements de l'enfant, troubles de l'apprentissage, port de lunettes, de lentilles de contact, appareil auditifs, dentaires ou respiratoires, difficultés de sommeil, terreurs nocturne, etc... précisez

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

**Haurrak bere ohea bustitzen du?** l'enfant mouille-t-il son lit ?

Bai/Oui  Ez/Non

**Neska bada, hilabetekoak ba ote ditu?** S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?

Bai/Oui  Ez/Non

### 4-ADINGABEAREN ARDURADUNAK

4-RESPONSABLES DU MINEUR

**Tutore 1** / Tuteur 1 :

**DEITURA**/Nom : ..... **HELBIDEA**/Adresse:.....  
..... **TELEFONOA**/ Téléphone : .....

**Tutore 2** / Tuteur 2 :

**DEITURA**/Nom : ..... **HELBIDEA**/Adresse:.....  
..... **TELEFONOA**/ Téléphone : .....

**MEDIKUAREN IZENA ETA TELEFONOA**/Nom et tél. du médecin traitant : .....

(EUS)

**Nik, ..... haurraren arduradun legalak, orrialde honetan emandako informazio guzgia zuzena dela adierazten dut, eta harrera guneko arduradunari baimena ematen diot behar izanez gero haurraren egoerak eskatzen dituen neurri guztiak hartzeko (tratamendu medikoa, ospitaleratzea, kirurgialdia).**

**Baita ere, harrera guneko zuzendariari baimena ematen diot nire haurrea ospitaletik atera dezan ospitaleratze baten ondotik.**

(FR)

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 de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**SEGURITATE SOZIALEKO ZENBAKIA** / N° Sécurité sociale : .....

**DATA** / Date : ..... **IZENPEDURA**/ Signature :

<b>2018 aitzin sortutako haurren derrigorrezko txertoak :</b> Les vaccinations obligatoires pour les enfants nés <u>avant</u> 2018 :	<b>2018 eta gero sortutako haurren derrigorrezko txertoak :</b> Les vaccinations obligatoires pour les enfants nés <u>après</u> 2018 :
Diphthérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP). <u>RAPPEL à 6ans et entre 11 et 13 ans</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diphthérie, tétonos et poliomyélite (DTP) <u>avec RAPPEL à 6ans et entre 11 et 13 ans</u></li><li>Coqueluche</li><li>Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B</li><li>Hépatite B</li><li>Infections invasives à pneumocoque</li><li>Méningocoque de sérogroupe A, B, C, W et Y <u>avec RAPPEL entre 11 et 13 ans</u></li><li>Rougeole, oreillons et rubéole.</li></ul>

# EUSKARA MAILA & INGURUMENA

Connaissance de l'euskara & environnement

## HAURRAREN IZENA ETA DEITURA

*Nom et prénom de l'enfant*

## EUSKARAREN EZAGUTZA

*Connaissance de l'euskara*

**HAURRAK EUSKARA ULERTZEN DU ?**

*L'enfant comprend-il le basque ?*

ONGI

*bien*

GUTTI

*peu*

BATERE EZ

*pas du tout*

**HAURRA EUSKARAZ MINTZATZEN DA ?**

*L'enfant parle-t-il basque ?*

ONGI

*bien*

GUTTI

*peu*

BATERE EZ

*pas du tout*

**1 TUTOREAREN AHOZKO EUSKARAREN ERALBIPENA**

*Pratique de l'euskara oral pour le tuteur 1*

ONA

*bonne*

ERTAINA

*moyenne*

BATERE EZ

*inexistant*

**1 TUTOREAREN IDATZIZKO EUSKARAREN ERALBIPENA**

*Pratique de l'euskara écrit pour le parent 1*

ONA

*bonne*

ERTAINA

*moyenne*

BATERE

*inexistant*

**2. TUTOREAREN AHOZKO EUSKARAREN ERABILPENA**

*Pratique de l'euskara oral pour le tuteur 2*

ONA

*bonne*

ERTAINA

*moyenne*

BATERE EZ

*inexistant*

**2. TUTOREAREN IDATZIZKO EUSKARAREN ERALBIPENA**

*Pratique de l'euskara écrit pour le tuteur 2*

ONA

*bonne*

ERTAINA

*moyenne*

BATERE EZ

*inexistant*

**ZEIN MINTZAIRA ERABILTZEN DUZUE GEHIENETAN HAURRAREKIN ?** *Quelle langue parlez-vous le plus souvent avec vos enfants ?*

Euskara

Frantsesa | français

Gaztelera | espagnol

Beste | autre

**BERTZE NOREKIN MINTZATZEN DA HAURRA EUSKARAZ ?** *Avec quelle(s) autre(s) personne(s) votre enfant parle-t-il en euskara ?*

Anai-arrebekin | avec les frères et sœurs

Familiako beste heldu bat(zu)ekin (aitatxi-amatxi...) | avec d'autres adultes de la famille (grands parents...)

Familiako beste haur bat(zu)ekin (lehengusuak ...) | avec des enfants de la famille (cousins...)

Eskolan | à l'école

Beste (elkartea, mediku, auzo ...) | Autres (associations, voisins, médecin etc.)

# TXOSTENA OSOA IZATEKO DOKUMENTU

## ZERRENDA

### *CHECK-LIST du dossier complet*

- Fitxa administratiboa | *Fiche administrative*
- Irudi baimena | *Droit à l'image*
- Euskara maila & ingurumena | *Connaissance de l'euskara & environnement*
- Osasun fitxa | *Fiche sanitaire de liaison*
- Txertoen kopia (txertoak eguneratuak) | *Copie du carnet de santé (vaccins à jours)*
- Hartze automatiko baimena | *Autorisation de prélèvement automatique*
- Haurraren aurpegiaren argazki berria (JPEG formatuan) | *Photo récente du visage de l'enfant (format JPEG)*

Hala badagokio | *Le cas échéant :*

- Urritasun egoeran den haurraren hezkuntzarako diru laguntzaren ziurtagirria | *Le justificatif de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)*

⊕ Hendaia bilgunean | *Pour le bilgune d'Hendaia*

- Lurraldetik ateratzeko baimena | *Autorisation de sortie du territoire*
- Nortasun agiriaren kopia (haurra + heldua) | *Copie de la carte d'identité (enfant + parent)*
- Europar asegurantza kartaren kopia | *Copie de la carte européenne d'assurance maladie*

# MANDAT DE PRELEVEMENT



CREANCIER

(Référence unique du mandat)

N° de  
RUM

ASSOCIATION UDA LEKU ELKARTEA

Enseigne

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez UDA LEKU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de UDA LEKU

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvements non autorisé

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**A**

CREANCIER :

— **F | R | 2 | 2 | Z | Z | Z | 5 | 5 | 0 | 4 | 7 | 7 |** —  
ICS (Identifiant créancier SEPA)

**ASSOCIATION UDA LEKU ELKARTEA**

Nom du Créditeur

2 RUE JEANNE PEYRE

Adresse (rue, avenue....)

64100 BAYONNE

Code postal, ville

Pays

**Paiement récurrent / répétitif**

**Paiement ponctuel / unique**

**B**

DEBITEUR :

Veuillez compléter les champs marqués \*

\*Nom /Prénom du débiteur

\*Adresse (rue, avenue.....)

\*Code postal, ville

\*Pays

\*Les coordonnées de votre compte IBAN – Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

\* Code International d'identification de votre banque- BIC (Bank Identifier Code)

Fait à \_\_\_\_\_ ,

Le **|  |  |  |  |  |  |**  
j j m m a a a a

Prière de joindre obligatoirement un Relevé d'identité  
Bancaire (R.I.B), Postal (R.I.P) ou de Caisse d'Epargne  
(R.I.C.E.)

Signature(s) :

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournis seulement à titre indicatif)

**Code identifiant du débiteur**

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

**Tiers débiteur pour le compte  
duquel le paiement est effectué  
(si différent du débiteur lui-même)**

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'un parent), veuillez indiquer son nom.

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir

Code identifiant du tiers débiteur

**Contrat concerné**

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

A retourner à :

UDA LEKU - 2 rue Jeanne Peyrée - 64100 Bayonne

.....

.....

Les informations contenues dans le présent mandat qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.