

**FITXA ADMINISTRATIBOA - Fiche administrative**

BILGUNEA - ALSH :

2025**HAURRA / Enfant**

Deitura (k) <i>Nom(s)</i>	Izena(k) <i>Prénom(s)</i>
Sorteguna <i>Date de naissance</i>	Sexua <i>Sexe</i>
Ikastetxearen izena eta herria <i>Nom et commune de l'établissement scolaire</i>	Adina <i>Age</i>
Jan-moldea – alergiak <i>Régime alimentaire – allergies :</i>	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) <i>Nom(s)</i>		
Izena(k) <i>Prénom(s)</i>		
Etxeko helbidea <i>Adresse postale</i>		
Herria, Posta kodigoa <i>Commune, Code postal</i>		
Telefona(k) <i>Téléphone (s)</i>		
Mail helbideak <i>Adresses mail</i> (Contact et facturation)		
Lanbidea eta lan herria <i>Profession, lieu et commune de travail</i>		

/ ! \ Gurasoak separatuak badira txosten bat bete behar da tutore 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"/>	*N° CAF Zenbakia :	Aide au temps libre : Bai <input type="checkbox"/> Ez <input type="checkbox"/>
* 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>		
Haur honentzat, ahalmen urriko haurraren hezkuntzarako alokairua kobratzen ote duzue ? <i>Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour cet enfant ?</i> <i>¿Percibe usted el subsidio de educación del niño discapacitado para este niño?</i>		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	Telefona / Téléphone

Fitxa hau izenpetzean bilguneko barne arautegia ezagutzen dugula baieztatzen 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 haurren irudia erabiltzeko baimena ematen diot, elkartearen aktibitateak irudikatzen, 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 elkarteak emanikakoak, ez publikoki hedatzea, eta bereziki ez partekatzea 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 :

KONFIDENTZIALTASUN XARTA CHARTRE DE CONFIDENTIALITE

Inprimaki honetan jasotzen den informazioa **Maddy BORDAGARAY**-ek **haurren izen- ematearendako** egindako fitxategi informatizatu batean erregistratzen da. Tratamenduaren legezko oinarria **onespena** 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 baiezkota eman, zure datuen tratamenduari aurre egin, zure datuen eramangarritasunerako eskubidea erabili. Kontsulta ezazu 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 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 :

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 (elkarte, 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*
 - Hauraren aurpegiaren argazki berria (JPEG formatuan) | *Photo récente du visage de l'enfant (format JPEG)*
- ✦ Hendaiaiko bilgunean – Pour le bilgune d'Hendaia
- Lurraldetik ateratzeko baimena | autorisation de sortie du territoire
 - Nortasun agiriaren kopia | Copie de la carte d'identité
 - Europar aseguratza kartaren kopia | Copie de la carte européenne d'assurance maladie



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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

MANDAT DE PRELEVEMENT



CREANCIER

N° de
RUM

ASSOCIATION UDA LEKU ELKARTEA
Enseigne

(Référence unique du mandat)

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 Créancier

2 RUE JEANNE PEYRE

Adresse (rue,avenue....)

64100 BAYONNE

Code postal, ville

Pays

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel / unique

B

DEBITEUR :

*Veillez 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)

Signature(s) :

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.)

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

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

Contrat concerné

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

A retourner à :

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

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'oppositions, 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.