

FOLLENN YEC'HED

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



ANV AR BUGEL / NOM DU MINEUR :

ANV BIHAN / PRENOM :

DEIZIAD GANEDIGEZH / DATE DE NAISSANCE :

Paotr : Plac'h :

KREIZENN VAKANSO / CENTRE DE VACANCES :

1- BREC'HIOU / VACCINATIONS (da leuniañ diwar karned-yec'hed ar bugel / se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

Ma n'eo ket bet graet ar brec'hioù ret, kas un testeni-mezegel / Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

2- TITOUROU DIWAR-BENN AR BUGEL / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Pouez/Poids :

Ment/Taille :

Ha ret eo d'ar bugel kaout louzoù ? / Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

ya/oui n'eo ket/non

Mar bez ya, kas **folleñn-urzh ar mezeg** hag al **louzoù** en o boestoù orin skrivet warno anv ar bugel. / 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).

Ne vo roet louzoù ebet hep folleñn-urzh ar mezeg. / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.



BOUED / ALIMENTAIRES

oui non

ALLERGIEZHIOU / ALLERGIES : LOUZOÙ/MÉDICAMENTEUSES

oui non

ALL/AUTRES (loened, plant.../animaux, plantes...)

oui non

Mar bez ya, displegañ petra ober ma vez taget ar bugel. / Si oui, préciser la conduite à tenir en cas de crise.

Menegiñ ar c'hudenoù yec'hed bet pe a vez c'hoazh (kleñvedoù, gwallzarvoudoù, reolennoù yec'hed, redioù-buhez...) / Indiquez ici les autres difficultés de santé, passées ou actuelles (maladies, accidents, opérations, régime alimentaire, restrictions physiques...)

3- ALIOU A-BERZH AR GERENT / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Lunedoù, dent, emzalc'h ar bugel, trubulhoù d'an noz... / Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

4- E KARG EUS AR BUGEL / RESPONSABLE DU MINEUR :

ANV / NOM

ANV BIHAN / PRENOM

CHOMLEC'H E-PAD AR GREIZENN / ADRESSE PENDANT LE SEJOUR

Pgz er gêr / Tel domicile :

Pgz el labour / Tel au travail :

Pgz hezoug / Tel portable :

Anv ha pgz ar mezeg familh / Nom et tel du médecin traitant :

Niv. gedskor/N° de sécurité sociale :

Me a sin amañ dindan, _____, o vezañ e karg eus ar bugel, a zisklêr ez eo reizh an titouroù meneget war ar folleñn-se. Aotren a ran rener ar greizenn da ober, ma c'hoarvezfe ur c'hleñved pe ur gwallzarvoud bennak dezhañ, kement tra ret ha mallus goulennet gant ar mezeg. Kemer a rafen war ma chouk ar mizoù mezegel bet evit ober war e dro. / Je soussigné(e), _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur. Les frais médicaux engagés seraient à ma charge.

Deiziad/Date :

Sinadur/Signature :