

FOLENN YEC'HED

FIGHE SANITAIRE DE LIAISON

ANV AR BUGEL / NOM DU MINEUR : _____
 ANV BIHAN / PRENOM : _____
 DEIZ GANEDIGEZH / DATE DE NAISSANCE : _____ paotr/garçon plac'h/fille
 KREIZENN VAKANSOU / CENTRE DE VACANCES :

1- BRECHIOU / 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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

Ma n'eo ket bet graet ar brech'hoù 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 **folleñ-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 folleñ-urzh ar mezeg. / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.

ALLERGIEZHIOU / ALLERGIES : BOUED/ALIMENTAIRES oui non
 LOUZOU/MEDICAMENTEUSES 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'hudennoù 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 folleñ-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 goulnnet 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 :

