



FOLLENN YEC'HED

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



ANV AR BUGEL / NOM DU MINEUR :

ANV BIHAN / PRÉNOM :

DEIZIAD GANEDIGEZH / DATE DE NAISSANCE :

PAOTR / GARÇON : PLAC'H / FILLE : ALL / AUTRE :

MENT / TAILLE : POUEZ / POIDS :

N° SURENTEZ SOKIAL / N° SÉCURITÉ SOCIALE :

KREIZENN VAKAÑSOÙ / CENTRE DE VACANCES :

1. BREC'HIOÙ / VACCINATIONS

Testeni brec'hioù hivizaet : diell-ou da dreuzkas / *Justificatif de vaccins à jour : document à joindre*

- Pe** ur gopienn eus pajennoù brec'hioù karned yec'hed ho pugel (o wiriekañ ez eus e anv skrivet war c'hor). Diwallit da dreuzkas tout ar bajennoù ret. / *Soit la copie du carnet de vaccination de votre enfant en laissant apparaître son nom. Il est impératif de nous faire parvenir toutes les pages concernées.*
- Pe** un testeni-mezegel eus ar brec'hioù hivizaet / *Ou un justificatif médical des vaccins à jour. Ma Si l'enfant n'a pas les vaccin obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication*

⚠ **Ma** n'eo ket bet graet ar brec'hioù ret gant ho pugel, trugarez da gas un testeni-mezegel. Ne vo ket tu degemer ho pugel er c'hamp vakañsoù hep an testeni-se. / *Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Sans ce certificat votre enfant ne pourra être accueilli en séjour de vacances.*

2. TITOUROÙ MEZEGEL / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Ha ret eo d'ar bugel kaout louzoù e-pad ar c'hamp ? / *Votre enfant suit-elle un traitement médical pendant le séjour ?*

- Ya / *Oui*
- N'eo ket / *Non*

Mar bez ya, kas folenn-urzh ar mezeg hag al louzoù en o boestoù orin skrivet warno anv ar bugel. Ne vo roet louzoù ebet hep folenn urzh ar mezeg / *Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origine marqués du nom de l'enfant avec la notice). Il ne sera donné aucun médicament sans ordonnance.*

ALLERGIEZHIOÙ / ALLERGIES :

- Boued / alimentaires :**
- Louzoù / médicamenteuses :**
- All (loened, plant...) / autre (animaux, plantes...):**

Ma vez un allergiezh, displegit petra ober ma vez taget ar bugel / *En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir en cas de crise :*

DIAGENTOÙ MEZEGEL / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Klañv eo bet ho pugel gant ar c'heñvedoù da heul ? / *Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?*

- Rubeolenn / Rubéole
- Brec'h-nij / Varicelle
- Droug-gouzoug / Angine
- Remm ar c'hein skiltr / Rhumatisme articulaire aigu
- Terzhienn-ruz / Scarlatine
- Koukelouchenn / Coqueluche
- Otit / Otite
- Ruzigell / Rougeole
- Jotorelloù / Oreillons

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

3. ALIOÙ A-BERZH AR GERENT / RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Lunedoù, dent, emzalc'h ar bugel, trubuilhoù e-pad an noz... / *Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...*

4. E KARG EUS AR BUGEL / RESPONSABLE DE L'ENFANT

ANV / NOM : RAGANV / PRÉNOM :

CHOMLEC'H E-PAD AR C'HAMP / ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR :

PELLGOMZ HEZOUG / TÉLÉPHONE PORTABLE :

PELLGOMZ EL LABOUR / TÉLÉPHONE AU BOULOT :

ANV HA PELLGOMZ AR MEDISIN / NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN :

Me a sin amañ dindan o vezañ e karg eus ar buger a zisklêr ez eo reizh an titouroù meneger war ar follenn-se. Aotren a ran rener-ez ar greizenn da ober, ma c'hoarvezfe ur c'hleñved pe ur gwallzarvoud bennak d'am bugel, kement tra ret ha mallus goulennet gant ar mezeg, betek kas d'an ospital zoken. Kemer a rin e karg ar frejoù bet evit louzaouiñ hag ober war e dro. / *Je soussigné(e) , responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le-la responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de ce mineur, jusqu'à l'amener à l'hôpital. Les frais médicaux engagés seraient à ma charge (les documents nécessaires à mon remboursement me seront envoyés).*

DEIZIAD / DATE : SINADUR RET / SIGNATURE OBLIGATOIRE :

KLIKIT AMAÑ EVIT SINAÑ EN
LIGNENN : framapdf.org
/ CLIQUEZ ICI POUR SIGNER EN
LIGNE : framapdf.org

