

# FOLLENN YEC'HED

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON



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, trubulhioù 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 follenn-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 :



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- 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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				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 **follenn-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 follenn-urzh ar mezeg. / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.