Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

FOLLENN YEC'HED
FICHE SANITAIRE de LIAISON

Direction Régionale et Départementale
Jeunesse et Sports Bretagne Ille et Vilaine

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
Diphtérie				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.

Levrig an aozer - 2007 - © UBAPAR / Mammennoù : DDJS35 ha dielloù an Oaled

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, 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 :

Levrig an aozer - 2007 - © UBAPAR / Mammennoù : DDJS35 ha dielloù an Oaled