

FOLLENN YEG'HEO

FIGHE SANITAIRE DE LIAISON

Jennese et Sports Bretagne, Ile et Vihaine

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-yeched ar bugel / se referer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie			Coqueluche		
Tétanos			Hépatophitus		
Polioomyélie			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
BCG			Hépatite B		
			Pneumocoque		
			Autres (préciser)		

Ma n'eo ket bet graet ar brech'hoù rei, kas un testeni-mezeged / Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

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

Pouez/poids : _____
 Mentil/Taille : _____

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

Yaoui n'eo keñtron

Mar bez ya, kas folleñn-urzh ar mezeg hag al louzou en o boestou ofrn skrivet warno anv ar bugel / Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).
 Ne vo roet louzou ebet hep folleñn-urzh ar mezeg / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.

ALLERGIEZHIOU / ALLERGIES :

BOUED/ALIMENTAIRES oui non
 LOUZOU/MEDICAMENTEUSES oui non
 ALL/AUTRES (oenved, plant,.../animaux, plantes,...) oui non

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

Mennig ar chudennou yeched bet pe a vez c'hoazh (kenveodu, gwalzarvoudou, reolennoù yeched, 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, trubuilhoù d'an noz... / Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énervisme nocturne...

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

ANV / NOM : _____ ANV BIHAN / PRENOM : _____
 CHOMLECH E-PAZ AR GREZENN / 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, gedskorñ* de sécurité sociale : _____

Me a sif amañ dindan, _____, o vezañ e karg eus ar bugel, a ziskler ez eo reizh an titourou meneged war ar folleñn-se. Adren a ran remer ar grezenn da ober, ma c'hoarvezte ur c'hleñved pe ur gwalzarvoud bemak dezhan, kement tra rei ha matlus goulnemet gant ar mezeg. Kemmer a ralen war ma chok ar nizou, mezeged bet evit ober war e dro... /

Je soussigné(e), _____, responsable légal du mineur, déclare exactes 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 : _____