

# FOLLENN YEC'HED FIGHE SANITAIRE DE LIAISON

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

## 1- BRECH'HOU / VACCINATIONS (da leuniañ diwar karned-yeç'hed ar bugel / se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non		
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 testiñ-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 : \_\_\_\_\_  
 Menf/Taille : \_\_\_\_\_  
 Ha ret eo d'ar bugel kaout louzou ? / Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  
 ya/oui  n'eo ket/rien

Mar bez ya, kas **folleñn-urzh ar mezeg** hag al **louzou** 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 louzou ebet hep folleñn-urzh ar mezeg. / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.

## ALLERGIEZHOU / ALLERGIES :

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

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

Menegiñ ar c'hudennoù yeched bet pe a vez c'hoazh (kleñvedoù, gwallzarvoudoù, reseleñnoù 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, emzañc'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 katg eus ar bugel,

a ziskler ez eo reizh an titouroù meneget war ar folleñn-se. Aotren a ran rener ar greizenn da ober,

ma c'hoarvezfe ur c'hleñved pe ur gwallzarvoud benmak dezhañ, kement tra ret ha mallus goulenne

gant ar mezeg. Kemer a rafen war ma c'hrouk 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.

Deiz/Date : \_\_\_\_\_

.....

.....

.....