

FOLLENN YEC'HED FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Anv ar bugel / Nom du mineur :

Anv bihan / Prénom :

Deiz ganedigezh / Date de naissance : / /

Paotr / Garçon Plac'h / Fille

Kreizenn vakañsoù / Centre de vacances :

BREC'HIÒÙ / VACCINATIONS kas **dre ret** ur **fotokopienn** deus pajenn ar vrec'hioù a zo e-barzh karned-yech'hed ar bugel pe un **testeni deus ar mezeg** o lâret eo reizh brec'hioù ar bugel / Joindre **obligatoirement la copie** des pages vaccins du carnet de santé ou un **certificat médical** indiquant que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

TITOUROÙ 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 **folleñn-urzh** diwezhañ ar mezeg hag al **louzoù** en o boestoù orin skrivet warno anv ar bugel hag ar mod-implij. / Si oui, joindre la dernière **ordonnance** et les **médicaments** correspondants dans leur emballage d'origine marqués du nom de l'enfant avec la notice.

ALLERGIEZHIOÙ / ALLERGIES

Boued / Alimentaire :

Louzoù / Médicaments :

All / Autres :

Mar bez ya, kasit, m'ho p'eus, ar PAI ha displegit petra ober ma vez taget ar bugel. Menegit deomp ma z'eus louzoù da gemer hep folleñn-urzh. / Si oui, amenez si possible une PAI et précisez la conduite à tenir en cas de crise. Précisez si automédication (médicaments sans ordonnance)

DOSER MEZEGEL / DOSSIER MÉDICAL

Menegiñ ho alioù diwar-benn lunedoù, dent, trubuilhoù da noz, boazrioù buhez... / Recommandations utiles sur le port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires, difficultés la nuit, habitudes de vie...

Menegiñ ar c'hudennoù yec'hed bet pe a vez c'hoazh o lâret an deiziadoù hag ar pezh a zo da zivall outo (kleñvedoù, reolennoù yec'hed, redioù-buhez...) / Indiquez les difficultés de santé passées ou actuelles en précisant les dates et les précautions (maladies, opérations, restrictions physiques, règles de vie à suivre...)

Hag un doser a zo e Ti-departamantel an dud nammet evit ho pugel ?
Hag heuliet eo gant ur skoazeller-eh buhez skol ? Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et/ou est-il suivi par une Assistante Auxiliaire de Vie (AVS) ?

Ya / Oui N'eo ket / Non War stern / En cours

E KARG DEUS AR BUGEL / RESPONSABLE DU MINEUR

Anv / Nom :

Chomlec'h e-pad ar greizenn / Adresse pendant le séjour :

Pgz er gêr - labour - hezoug / Tel domicile - travail - portable

Anv ha pgz ar mezeg familh / Nom et tel du médecin traitant

N° sécurité sociale / N° surentez sokial :

Me a sin amañ dindan / Je soussigné e

, o vezañ e karg deus ar bugel, a zisklêr ez eo reizh an titouroù

meneget war ar folleñn-mañ. / responsable légal du/de la

mineur.e, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.