

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'HIOÙ / VACCINATIONS (kas ur fotokopienn deus karned-
 yec'hed ar bugel / amener une photocopie du carnet de santé du
 mineur)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Pneumocoque	
				BCG	
				Rubéole-Oreil- lons-Rougeole	
				Autres	

TITOUROÙ DIWAR-BENN AR BUGEL / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Pouez / Poids :
 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** ar mezeg hag al **louzoù** en o boestoù orin skrivet
 warno anv ar bugel hag ar mod-implij. / Si oui, joindre une **ordonnance récente**
 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. Menegiñ 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 MÉDICALE

Menegiñ ar c'hudennoù yec'hed bet pe a vez c'hoazh (kleñvedoù, reolennoù
 yec'hed, redioù-buhez...) / Indiquez les autres difficultés de santé passées ou actuelles
 (maladies, opérations, restrictions physiques, règles de vie à suivre...)

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) ? Oui Non En cours

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

E KARG DEUS AR BUGEL / RESPONSABLE DU MINEUR

Anv / Nom : Anv Bihan / Prénom :
 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 :

Me a sin amañ dindan, o vezañ e karg
 deus ar bugel, a zisklêr ez eo reizh an titouroù meneget war ar folleñn-mañ. /
 Je soussigné.e, , responsable légal du mineur,
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.