



FOLLENN YEC'HED FICHE SANITAIRE de LIAISON

Direction Régionale et Départementale
Jeunesse et Sports Bretagne Ile et Vaine

ANV AR BUGEL / NOM DU MINEUR : _____
ANV BIHAN / PRENOM : _____
DEIZ GANEDIGEZH / DATE DE NAISSANCE : _____ ☐ paotr/garçon ☐ plac'h/ille

1- BREC'HIOU / VACCINATIONS (da leuniañ diwar karned-yeched ar bugel / se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

Ma n'eo ket bet graet ar brech'ioù 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 bouzoù ? / 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. / 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 folleñn-urzh ar mezeg. / Il ne sera pas donné de médicament sans ordonnance.

ALLERGIEZHIOU / ALLERGIES :

BOUED/ALIMENTAIRES
LOUZOU/MEDICAMENTEUSES
ALL/AUTRES (loened, plant..., animaux, plantes...)

oui ☐ non ☐
oui ☐ non ☐
oui ☐ non ☐

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

Menegñ ar c'hudennoù yeched bet pe a vez c'hoazh (kleñvedoù, gwallzarvoudoù, 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, emzalch ar bugel, trubuluhoù d'an noz... / Port de lunettes, 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 meneged 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 malus 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 :

STAGIAIRE MINEUR

à retourner **avant le 15 décembre 2012** à l'adresse suivante :

**BODADEG AR SONERION
Centre Amzer Nevez
2 Chemin du Conservatoire
56270 PLAÑVOUR / PLOEMEUR**

**Tout enfant dont le dossier ne serait pas complet à cette date ne pourra pas être admis au stage.
La priorité sera accordée à ceux dont les dossiers seront complets.**

Je soussigné (e) _____ ,

représentant légal de ma fille, mon fils _____ ,

demeurant à : _____ ,

-déclare autoriser mon enfant à participer au stage organisé par BODADEG AR SONERION au Centre Amzer Nevez à Ploemeur (56270) du 27 au 29 Décembre 2012.

-déclare autoriser les organisateurs du stage à utiliser les images représentant mon enfant pour la promotion des activités de Bodadeg ar Sonerion. (Barrer la mention inutile ci-dessous svp)

Oui

Non

Fait àle.....

Signature :