



Teuliad ar bugel / Dossier d'inscription

Kd.diwan.roazhon@free.fr
2018 - 2019



Bugel / Enfant :

Anv / Nom : _____ Anv bihan / Prénom : _____
 Deizad ganidigezh (3-12 bloaz) / Date de naissance (3 à 12 ans) : _____
 Skol / École : _____
 Klas / classe 2017-2018 : PS MS GS CP CE CE2 CM1 CM2

Tud ar bugel / Parents :

Mamm / Mère	Plgz an ti / Tel domicile : _____
Anv hag anv bihan/ Nom et prénom :
Chomlec'h / Adresse :	Plgz godell / Tel portable : _____
.....
Micher / Profession :	Postel / Courriel : _____
Implijer / Employeur :
	Plgz / TeL : _____

Tad / Père	Plgz an ti / Tel domicile : _____
Anv hag anv bihan/ Nom et prénom :
Chomlec'h / Adresse :	Plgz godell / Tel portable : _____
.....
Micher / Profession :	Postel / Courriel : _____
Implijer / Employeur :
	Plgz / Tel : _____

Buhez priedel / Situation maritale :

Dimezet / Mariage Gant ur gavaïour / Vie maritale Pacs Dizimiez / Célibataire
 Dispartiet / Divorce-Séparation* Intañvegezh / Veuvage Gward /Tuteur
 *Quel mode de garde, (alternée, autres...) ?

Merci de joindre l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant et justifiant du domicile principal de l'enfant (photocopie).

Représentant qui prendra en charge les factures :

Surentez sokial / Régime de sécurité sociale

Général (Attestation et No CAF à fournir) : MSA Autre : _____

Aotreoù / Autorisations : « Droit à l'image » ; « Envoi d'information par courriel »

Je soussigné(e),, autorise le Kreizenn Dudi à publier les photos de mon enfant prise dans le cadre des activités de l'accueil de loisir :
 Ya / Oui Nann / Non
 J'accepte que le kreizenn dudi m'envoie des informations par courriel
 Graet e / Fait à....., d'an / le

Sinañ / Signature des parents



Code de l'action sociale et des familles

Follenn Yec'hed / Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles (arrêté du 20 février 2003) relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et de la famille. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Bugel / Enfant :	<input type="checkbox"/> Plac'h / Fille	<input type="checkbox"/> Paotr / Garçon
Deizad ganidigezh / Date de naissance :	
Anv / Nom :	
Anv bihan / Prénom :	
Chomlec'h / Adresse :	
.....		

I – Brec'hioù / Vaccinations :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II – Titouroù Yec'hed / Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

III – Alioù digant tud ar bugel / Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....
.....

IV – Den kirieg / Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)



Teuliad ar bugel / Dossier
d'inscription
Kd. diwan. roazhon@free.fr
2018 - 2019



Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :