



Teuliad ar bugel / Dossier d'inscription Kreizenn Dudi Gwengamp 2020 - 2021

Bugel / Enfant

Anv / Nom : Anv bihan / Prénom :

Deizad ganidigezh (3-12 bloaz) / Date de naissance (3 à 12 ans) :

Skol / École :

Tud ar bugel / Parents :

Parent 1

Anv hag anv bihan/ Nom et prénom :

Chomlec'h / Adresse :

Postel / Courriel :

Plgz an ti / Tel domicile :

Plgz godell / Tel portable :

Parent 2

Anv hag anv bihan/ Nom et prénom :

Chomlec'h / Adresse :

Postel / Courriel :

Plgz an ti / Tel domicile :

Plgz godell / Tel portable :

Piv 'ra war-dro ar bugel / Mode de garde

Quel mode de garde (avec les 2 parents, alternée, autres...) ?

Si une situation demande une attention particulière, 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

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 parent

FICHE SANITAIRE / FOLLENN YEC'HED

Deiziad ganedigezh / Date de naissance :

Anv / Nom : Anv bihan / Prénom :

Chomlec'h / Adresse :

Brec'hioù / Vaccinations :

Vaccins obligatoires	:no		Dernier rappel	Vaccins recommandés	:no		Date
	oui	non			oui	non	
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	R.O.R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
				B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
				Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>

Joindre **obligatoirement** une photocopie du carnet de santé ou une attestation du médecin indiquant que l'enfant est à jour de sa vaccination.

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.

Titouroù Yec'hed / Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le centre ? 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 :

Médicamenteuseuse 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, hospitalisations passées, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

L'enfant a-t-il une **PAI** ?
 Oui Non En cours

L'enfant a-t-il une **AVS** ?
 Oui Non En cours

L'enfant a-t-il un dossier à la MDPH ?
 Oui Non En cours

Alioù digant tud ar bugel / Recommandations utiles :

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses...

Den kirieg / Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : travail : portable :

Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné.e, 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 (hospitalisation, opération...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :