

# Fiche d'encririy

## Fiche d'inscription

À RENVOYER À L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR CHOISI LE 15 JUIN

AU PLUS TARD

Nom ao qeniao / Nom de l'enfant .....

Ptit nom / Prénom .....

Jenre / Genre .....

Në.éy ao / Né(e) le .....

Aderce / Adresse .....

Code posta / Code postal .....

Vile / Ville .....

Limerot de telefonn / Numéro de téléphone .....

Aderce eletronique / Courriel .....@.....

Cllâsse / Classe .....

École / École  Diwan  Public bilingue (Div Yezh)  Privé bilingue (Dihun)  All / Aotr / Autre

Nom a l'école / Nom de l'école .....

Je mét mon qeniao pou le sejou / J'inscris mon enfant pour le séjour :

.....  
/ dates

Jous .....

N°

Mnë o

/ Organisé par .....

100 € d'erras sront a eveyèr o la fiche-la pou garaanti l'encririy ( chèque ao nom du mnou).

Le restaunt sra a payèr ao premièr jou de l'estaije.

\* Ghère pllù de 30 € pou lèz estaijes a meins de 100 €.

100 € d'arrhes\* sont à joindre à cette fiche pour valider l'inscription (chèque au nom de l'organisateur). Le reste sera à régler le premier jour du stage.

\* Seulement 30 € sur les séjours de moins de cent euros.

J'è afère a recipèr eun prizaije / Je souhaiterais recevoir une facture :

vère / oui  nôнна / non

Eun dossièr pplein voûz sra enveyèd davaunt le sejou de vacaunces.

Un dossièr complet vous parviendra avant le séjour de vacaunces.

Je rapelons éz parents q'il ét bon de regardèr qe le cai mnë ao centr ét couvèrt o yeus asuraunce.

Nous rappelons aux parents qu'il est bon de vérifier que les activités en centre de vacaunces sont couvertes par leur assurance.

# Drêt déz parents

## Autorisation parentale

Je soursigné.éy (nom, petit nom)

/ Je soussigné(e) (nom, prénom)

Dmeuraunt su / Résidant à

Côme etaunt le père, la mère ouben le tuteliër a (nom é petit nom ao qeniao) / En qualité de père, mère, tuteur de (nom et prénom de l'enfant)

Li dône le drêt a prenir part a l'estaije q'ét mencioné su l'aotr côté / L'autorise à prendre part au stage mentionné ci-contre.

### Drêt de medecine / Autorisation médicale

é je decllâre / et déclare :

Dônèr le drêt éz mnous de l'estaije a prenir tout amain q'i faoret si gn'a qe mon qeniao ét fâilhi ouben cor, si gn'a aru, é sieudr léz instrucion s ao medecein, surtout si faoraet l'enveyèr a l'ôpita.../Autoriser la direction du stage à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de maladie ou d'accident concernant mon enfant, et à suivre les instructions du médecin et notamment de le transporter à l'hôpital.

Si mon qeniao il ét fâilhi, ét mai bensur qi sra enchairjè du coûtaije éz remedes é déz sien.ène.s qi s'en sont chvi (léz ordinaunces é aotrs papièrs i vouz sront rendus pou qe vouz sejiéz remboursé.éy).

Si mon enfant tombait malade, il est entendu que les frais occasionnés seraient à ma charge (les ordonnances et les autres papiers médicaux me seront restitués à fin de remboursement).

Ma niverenn surentez sokial / Mon numéro de sécurité sociale :

### Drêt a l'imaije / Droit à l'image

J'dône le drêt a la meneriy d'empleyèr léz imaijes eyou qe nan peût vair mon qeniao :

J'autorise l'utilisation des images représentant mon enfant :

• pou léz montrèr éz parents après le caump / pour les montrer aux parents après le camp

vère/ oui  nôнна/ non

• pou fair la recllâme ao laizi en berton é en galo / pour la promotion des loisirs en breton et en gallo

vère/ oui  nôнна/ non

• pou fair la recllâme ao cai q'ét mnè / pour la promotion des activités de la structure organisatrice

vère/ oui  nôнна/ non

Je dône le drêt ao mnous du caump é l'UBAPAR a emplyèr mon aderce eletronique pou m'enveyèr déz ghimentements ao sujet du laizi en berton é en galo / J'autorise l'organisateur et l'UBAPAR a utiliser mon adresse mail pour m'envoyer des nouvelles des loisirs en breton et en gallo :

vère/ oui  nôнна/ non

Fèt su / Fait à : ..... Ao / Le : .....

Signe / Signature :

# Fiche de saunté

## Fiche sanitaire de liaison

Nom ao qeniaio / Nom du mineur : .....  
 Petit nom / Prénom : .....  
 Jou d'orine / Date de naissance : / /  
 Gâr /  Garçon  Filhe /  Fille  
 Centr de vacaunces / Centre de vacances : .....

**PIQHÛRES / VACCINATIONS** envêyêr eune copyo ao canepin de saunté  
 ao qeniaio / amener une photocopyie du carnet de santé du  
 mineur)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diph��t��rie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Pneumocoque	
				BCG	
				Rubéole- O reil- lons-Rougeole	
				Autres	

**GHIMENTEMENS AO SUJIT DU QENIAO / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Po  z/ Poids : .....  
 T  ille / Taille : .....  
 l.a.l a-ti d  z remedes a prenr duraunt le sejour ? / Suit-il un traitement médical pendant le sejour ?  
 Vère / Oui  N  nna/ Non  
 Si gn'a, env  y  r eune ordinaunce du medecein    l  z remedes den yeus boîtes d'orine o le nom ao qeniaio su yeus    l  z instruons / Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués du nom de l'enfant avec la notice.

### ALERJIYS / ALLERGIES :

Vivature / Alimentaire : .....  
 Remedes / Médicaments : .....  
 Aotrs / Autres : .....

Si gn'a, env  y  r si fezabl eune PAI    abut  r le cai a fair si gn'a eune crise  
 Abut  r etout si gn'a d  z remedes a prenr sen ordinaunce. /  
 amenez si possible une PAI et précisez la conduite    tenir en cas de crise. Précisez  
 si automédication (médicaments sans ordonnance) .....

Si oui,

### DOSSIER DE MEDECINE / DOSSIER MÉDICALE

Fair m  ncion   z aotrs de saunté si gn'a ouben si gn'a eu d'aotrs  
 (bez  re, règle de viv..) / Indiquez les autres difficultés de santé passées ou actuelles  
 (maladies, opérations, restrictions physiques, règles de vie    suivre..) .....

Votre enfant a-t-il un dossier    la Maison Départementale des Personnes  
 Handicapées (MDPH) et/ou est-il suivi par une Assistante Auxiliaire de Vie  
 (AVS)? Oui Non En cours

Fair m  ncion d'v  z consaills ao sujit d  z lun  tes, aparai d  z dents, atout pou la n  t  y.../  
 Recommandations utiles sur le port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires,  
 difficultés la nuit, habitudes de vies.....

### GARAUNTE AO QENIAO / RESPONSABLE DU MINEUR

Nom / Nom : ..... Petit nom / Prénom : .....  
 Aderce duraunt le sejour / Adresse pendant le sejour :

Tel été - tarvalh - de pêche / Tel domicile - travail - portable

Nom    tel ao medecein de familh / Nom et tel du médecin traitant

N   sécurité sociale : .....

Je soussign  y, ....., c  me encharj   du qeniaio  
 je decl  re qe l  z ghimentements anot  s su la fiche-la i sont justs /  
 Je soussignée, ....., responsable légal du mineur,  
 decl  re exacts les renseignements portés sur cette fiche.