

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

GRUPE DE YERRES ET DE DEMAIN
TERRITOIRE ESSONNE LEVANT

Il est **demandé** de joindre une photocopie
de la/des page(s) du carnet de vaccination

ANNEE 20 - 20

IDENTITÉ

Nom et Prénom de l'enfant			
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Date de naissance
Adresse du domicile			
Nom et prénom de l'assuré.e * Numéro de sécurité sociale			

* Responsable légal ou jeune de plus de 16 ans

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

PROBLEMES DE SANTE PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des événements.

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

- OUI Précisez:

Joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

- NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place.

POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT

Sommeil

Oui Non Précisez :

Alimentation

Oui Non Précisez :

Mouille-t-il son lit la nuit ?

Oui Non Si oui, merci de prévoir pyjama et sac de couchage de rechange

Si s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Oui Non Si oui, merci de prévoir le nécessaire

Allergies :

Aliments, médicaments	Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

Autres points d'attention :

VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.

Réservé SGDF

Nom et fonction SGDF de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

Date :

Signature :

AUTORISATIONS

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, les responsables du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date et signature des responsables :

Mises à jour (au moment des camps)

Éventuelles nouvelles recommandations :

Je soussigné.e, responsable légal de l'enfant, déclare avoir vérifié et complété les renseignements et autorisations portés sur cette fiche.

Nouvelle date et nouvelle signature des responsables :