

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		____/____/____
Du DT coq		____/____/____
Du Tétracoq		____/____/____
D'une prise polio RAPPELS		____/____/____
		____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	VACCINS DATES
1 ^{er} VACCIN ____/____/____	VACCIN ____/____/____	 ____/____/____
REVACCINATION ____/____/____	1 ^{er} RAPPEL ____/____/____	 ____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		____/____/____
		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	____/____/____
.....	____/____/____
.....	____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? ☐ non ☐ oui ☐
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ non ☐ occasionnellement ☐ oui ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? ☐ non ☐ oui ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

