

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 | VACCIN | DATES | VACCINS | DATES |
| 1 ^{er} VACCIN | ___/___/___ | | ___/___/___ | | ___/___/___ |
| REVACCINATION | ___/___/___ | 1 ^{er} RAPPEL | ___/___/___ | | ___/___/___ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

| | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------------|
| INJECTIONS DE SERUM | | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
| 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

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 SUIV-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)

