

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : PRÉNOM :
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)
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

VACCINS PRATIQUÉS		DATES
du DT polio		/ /
du DT coq		/ /
du Tétracoq		/ /
d'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /

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

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM	/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

RUBÉOLE		VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<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 <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE		OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<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 <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, réductions)

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 SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ NON ☐ OUI ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :
NOM : PRÉNOMS :
ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE SS / N° DE TÉL. / 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 RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR
LIEU DU SÉJOUR :
ARRIVÉE LE / /
DÉPART LE / /
Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR
PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)