MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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 GARCON ☐ 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
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er 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 ☐	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) : .....
.....
.....

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

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 : .....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Cachet de l'Organisme (siège social)

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)