

# 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	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___		___/___/___		_____
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> 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 <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui	non <input checked="" type="checkbox"/> oui

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

Problème(s) de santé particuliers ? PAI ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-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 : [REDACTED] PRENOMS [REDACTED]

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

[REDACTED]

N° DE S.S.	[REDACTED]	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.

DATE : [REDACTED] Signature : [REDACTED]

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cachet de l'Organisme (siège social)  
[REDACTED]

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)  
.....  
.....  
.....