

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

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 A LA FIN DU SÉJOUR AVEC DES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

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)*
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTHÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

du D.T. polio
du D.T. coq
du Trétracoq
d'une prise polio

RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /		/ /

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

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		/ /

III. – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

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 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 S.S. _____ N°s DE TÉL. _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

COMPLÉMENTAIRE MALADIE : _____
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 les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : _____

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE / /

DÉPART LE / /

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)
