

## 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 DATE DE  GARÇON  FILLE  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
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> 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	non   oui	VARICELLE	non   oui	ANGINES	non   oui	RHUMATISMES	non   oui	SCARLATINE	non   oui
COQUELUCHE	non   oui	OTITES	non   oui	ASTHME	non   oui	ROUGEOLE	non   oui	OREILLONS	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 SUIVRE-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 : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° N° DE DE S.S. | 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)