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 : ………………………………….

GARCON

FILLE

# IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

ACTUELLEMENT L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

oui

non

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

SEXE

# II. VACCINATIONS

DATE DE NAISSANCE : / /

*(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)*

S’IL S’AGIT D’UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?

# V. RESPONSABLE DE L’ENFANT

non

oui

NOM : …………………………………………… PRENOMS : ……………………………………….

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

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

DOMICILE BUREAU

N°

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Précisez s’il s’agit :*Du DT polioDu DT coq Du TétracoqD’une prise polio RAPPELS | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  / /  / /  / /  / /  / /  |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | AUTRES VACCINS |
| 1er VACCIN REVACCINATION | DATES | VACCIN1er RAPPEL | DATES | VACCINS | DATES |
|  / /  / /  |  / /  / /  | ……………………………… |  / /  / /  |

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 :

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 |  | 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)

……………………………………………………………………………………………….. / /

……………………………………………………………………………………………….. / /

……………………………………………………………………………………………….. / /

DATE : ……………………………………….

#  PARTIE RESERVEE A L’ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ……………………………… Cachet de l’Organisme (siège social)

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

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)

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………