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)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES 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)

……
……
……
……