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  |   |

 SEXE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de*

1. **VACCINATIONS***vaccination de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

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

SI L’ENFANT N’EST PAS VACCINE

POURQUOI ? ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  INJECTIONS DE SERUM  | NATURE  | DATES  |
| …………………………………………………………  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  |
|   | …………………………………………………………  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  |

1. **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)

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………………..  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  |
| ………………………………………………………………………………………………..  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  |
| ………………………………………………………………………………………………..  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  |

1. **RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| non  |   |   | oui  |   |

ACTUELLEMENT L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

SI OUI, LEQUEL ? …………………………………………………………………………………………..

*SI L’ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N’OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L’ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| non  |   |   | occasionnellement  |   |   | oui  |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| non  |   |   | oui  |   |

L’ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? S’IL S’AGIT D’UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?

1. **RESPONSABLE DE L’ENFANT**

NOM : …………………………………………… PRENOMS : ………………………………………. ADRESSE (pendant la période du séjour) : ……………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………….

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

 DOMICILE BUREAU

|  |
| --- |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

N° N° DE

DE S.S. 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 : ……………………………… Cachet de l’Organisme (siège social)