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)