

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016/2017

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR AVEC DES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. – ENFANT : NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE  GARÇON  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)  
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTHÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

du D.T. polio  
du D.T. coq  
du Trétracoq  
d'une prise polio

RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (B.C.G.)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 <sup>er</sup> RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,  
POURQUOI ? \_\_\_\_\_

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
		/ /

### III. – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

**IV. – RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

---

---

---

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?     NON     OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_  
*SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.*

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?     NON     OCCASIONNELLEMENT     OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?     NON     OUI

**V. – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N°s DE TÉL. \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

COMPLÉMENTAIRE MALADIE : \_\_\_\_\_  
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 les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE    /    /

DÉPART LE    /    /

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR**

PAR LE MÉDECIN     (QUI INDIQUERA SES NOM, ADRESSE ET N° DE TÉLÉPHONE)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR     (QUI INDIQUERA SES NOM ET ADRESSE)

---

---

---

---

---

---

---

---