

**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)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

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)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

**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 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) : .....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....	.....	.....	.....

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.

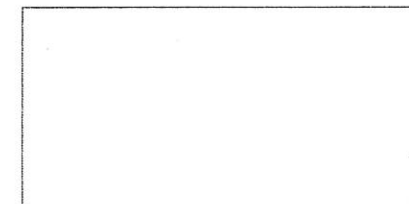
Signature :

DATE : .....

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR : .....

Cachet de l'Organisme (siège social)



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)

.....  
 .....  
 .....