

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 ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

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)

.....

