

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS

**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	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	.....	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	.....	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

**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)

..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_

**ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?**  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

**ALLERGIES :**  
 ALIMENTAIRES oui  non   
 MEDICAMENTEUSES oui  non   
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Poids :  
 Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM: .....

ADRESSE : .....  
 .....

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

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable 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**

OBSERVATIONS :

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

Cachet de l'Organisme

