

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

I. ENFANT NOM : PRÉNOM :
 SEXE ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
 (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de

II. VACCINATIONS 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	RAPPELS			____ / ____ / ____	
Du DT coq				____ / ____ / ____	
Du Tétracoq				____ / ____ / ____	
D'une prise polio				____ / ____ / ____	
polio				____ / ____ / ____	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	
1 ^{er} VACCIN	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	
REVACCINATION	____ / ____ / ____		1 ^{er} 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 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 chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-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 : 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.

DATE : Signature :

1 PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

Villages Clubs du Soleil
 Les Karellis Station
 73870 Montricher-Albanne
 ARRIVÉE LE 04/07/2026
 DÉPART LE 11/07/2026

ALPC
 Organisme de formation
 N° 11 75 69896 75
 Siret
 N° 326 481 272 000 28

1 OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)