

FICHE SANITAIRE DE LIAISONCERFA
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 SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

I. ENFANT NOM : PRÉNOM :
 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)

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio		RAPPELS	VACCINS PRATIQUES			DATES	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
					__/__/__	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)			ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		
	DATES		DATES	VACCINS	DATES		
1 ^{er} VACCIN	__/__/__	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 :

VILLAGES CLUBS DU SOLEIL
station Les Karellis
Porte Brune
73870 MONTRICHER-ALBANNE

ARRIVÉE LE **20/08/2022**
 DÉPART LE **27/08/2022**

Cachet de l'Organisme (siège social)

ALPC
Organisme de formation
N° 11 75 05 908 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)