

## 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** (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		DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	____/____/____	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)

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

### 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° S.S. \_\_\_\_\_ N° 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 :

**VILLAGES CLUBS DU SOLEIL**  
**Ronce-les-Bains**  
**17 bis avenue de l'Océan**  
**17390 RONCE-LES-BAINS**

Cachet de l'Organisme (siège social)

**ALPC**  
**Organisme de formation**  
**N° 11 75 05908 75**  
**Siret**  
**N° 326481272000 28**

ARRIVEE LE **25 /10/2020**  
 DEPART LE **31/10/2020**

### 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)