

## 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 : .....  
SEXES ☐ 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)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____	.....	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 <sup>er</sup> 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	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 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)

**VILLAGES CLUBS DU SOLEIL ORCIERES**  
**MERLETTE 1850**  
**05170 ORCIERES MERLETTE**

**ALPC**  
**Organisme de formation**  
**N° 11 75 05 908 75**  
**Siret**  
**N° 326 481 272 000 28**

ARRIVEE LE **04 /07/2020**  
DEPART LE **11/07/2020**

## 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)

.....