

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 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 **08/07/2023**
 DÉPART LE **15/07/2023**

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)