

## 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 <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 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

Cachet de l'Organisme (siège social)

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

ARRIVÉE LE **21/08/2021**  
DÉPART LE **28/08/2021**

## 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)