

## 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	VACCIN	DATES	VACCINS	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 <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 : Village Club  
 Miléade, 186, avenue de  
 Melgueil, 34280 La Grande Motte

Cachet de l'Organisme (siège social)

**ALPC**  
**21 rue des 4 frères Peignot**  
**Hall E**  
**75015 Paris**

Arrivée le 28/10/2021  
 Départ le 31/10/2021

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN ☐ (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)