

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2015/2016

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS

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	DATES
1 ^{er} 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 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)

..... __/__/__
 __/__/__
 __/__/__

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

ALLERGIES :
 ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Poids :
 Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

N° DE S.S. N° DE TEL DOMICILE BUREAU

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable 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

OBSERVATIONS :

Cachet de l'Organisme

