

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2014/2015**

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	
1 <sup>er</sup> 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	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

