

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016/2017**

Pour les mineurs uniquement

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 *Joindre copie du carnet de vaccinations*

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 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	.....	.....	.....	___/___/___

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

