

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 évite de vous démunir du carnet de santé

1°) ENFANT	NOM SEXE	PRENOM DATE DE NAISSANCE
-------------------	---------------------	-------------------------------------

2°) VACCINATIONS A partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations

Préciser s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio	VACCINS PRATIQUES	DATES

Antituberculeuse (BCG)		Antivariolique		Autres vaccins	
		Vaccin	Dates	Vaccins pratiqués	Dates
1er vaccin	-----				
Revaccination		Rappel			

Si l'enfant n'est pas vacciné, indiquez pourquoi

	NATURE	DATE
Injection de SERUM		

3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A T-IL EU DEJA LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	ASTHME	SCALARTINE	ROUGEOLE	OREILLONS
COQUELUCHE	OTITES						

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

DATES

4°) RECOMMANDATIONS DES PARENTS

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

SI OUI, LEQUEL ?

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments)

REMARQUES COMPLEMENTAIRES

5°) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

ADRESSE (pendant la période du séjour)

TEL E-mail

N° de sécurité sociale

Adresse Centre payeur

JE SOUSSIGNE, RESPONSABLE DE L'ENFANT, DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES LES MESURES (TRAITEMENTS MEDICAUX, HOSPITALISATIONS, INTERVENTIONS CHIRURGICALES) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT.

DATE

SIGNATURE