MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 GARCON ☐ 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		DATES	VACCINS	DATES
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er 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	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 SUIT-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 : .....
.....
.....

			DOMICILE	BUREAU
N° DE S.S.		N° DE TEL		

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