

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019

Pour les mineurs uniquement

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE 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			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

AMTITUBERCULEUSE (BCG) DATES ANTIVARIOLIQUE DATES AUTRES VACCINS DATES
 1^{er} VACCIN VACCIN DATES
 REVACCINATION 1^{er} RAPPEL DATES

SIL'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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

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 ?
 SIL'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.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

Cachet de l'organisme

