

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020**  
**POUR LES MINEURS UNIQUEMENT**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX  
 QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEUR·RICES

**I. ENFANT** NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 GARÇON  FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_

**II. VACCINATIONS** *Joindre copie du carnet de vaccinations*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	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	.....	.....	.....	.....	.....
REVACCINATION	1 <sup>er</sup> RAPPEL	.....	.....	.....	.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ  
 POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	.....	__/__/__
	.....	__/__/__

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE		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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT 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   
 MÉDICAMENTEUSES 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 : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

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

Je soussigné·e, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche  
 et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux,  
 hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....

**PARTIE RESERVÉE A L'ORGANISATEUR**

OBSERVATIONS :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Cachet de l'Organisme