

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021
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 ^{er} VACCIN | | | | | |
| REVACCINATION | 1 ^{er} 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