

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022
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

