

6 / 7 - FICHE SANITAIRE DE LIAISON CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT		NOM :		PRENOM :	
SEXE	GARCON	FILLE	DATE DE NAISSANCE : ___/___/___		
II. VACCINATIONS		A 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 en notant bien le nom de l'enfant sur chaque feuillet.			
Précisez s'il s'agit :		VACCINS OBLIGATOIRES		DATES	
Du DT polio			___/___/___	
ou DT coq			___/___/___	
ou Tétracoq			___/___/___	
ou d'une prise polio	RAPPELS		___/___/___	
.....			___/___/___	
AUTRES VACCINS					
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		VACCINS DATES	
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE (merci de joindre un courrier de votre médecin, le justifiant)

	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)

..... | ___/___/___
 | ___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> oui
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :


N° de Sécurité Sociale	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour 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

LIEU DU SEJOUR	Cachet de l'Organisme (siège social)
<p>Lycée d'Enseignement Agricole Privé de Nermont 2, rue de Nermont 28 202 Châteaudun</p> <p>ARRIVEE LE <u> 21 / 08 / 2012 </u> DEPART LE <u> 27 / 08 / 2012 </u></p>	 <p>Initiative & Formation Bourgogne 5, rue Kruger 71100 CHALON SUR SAONE Tel : 03 85 94 08 66</p>

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses : nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses : nom, adresse et n° de téléphone)

