

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 95-0239

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

I. ENFANT NOM : PRENOM : SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS (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)

Table with columns for Vaccins Pratiques (DT polio, DT coq, Tétracoq, prise poils) and Vaccins (Antituberculeuse, Antivaricelle, Antivaricelle, Autres vaccins) with rows for 1st and 2nd doses.

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

Table for Injections de Serum with columns for Nature and Dates.

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

Table for medical conditions: Rubéole, Varicelle, Angines, Rhumatismes, Scarlatine, Coqueluche, Otites, Asthme, Rougeole, Oreillons.

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 SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? SI OUI, LEQUEL ?

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? SI L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

Form for address details: N° DE S.S., 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.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Form for location details: Cachet de l'organisme (siège social), ARRIVEE LE, DEPART LE.

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 et adresse)