

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

(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)

I. VACCINATIONS

Précisez s'il s'agit :

	Vaccins obligatoires	DATES
Diphthérie	.....	____/____/____
Tétanos	.....	____/____/____
Poliomyélite	.....	____/____/____

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

indiquez les Difficultés de SANTE ..... allergie, maladies, hospitalisation.....

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

.....

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement régulier ?

NON  OUI

si oui, lequel ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....

Nom du médecin traitant et contact .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Numéro de téléphone en cas d'urgences : .....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

	RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS	
non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentaires  Médicamenteuses  Autres (acariens, animaux, acariens, pollens.....)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

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.

Selon la loi RGPD, j'ai pris connaissance de l'information faite par le CSC Temporaire concernant l'utilisation de mes données médicales

Adhésion de sept 20.... à fin août 20.... - Signature :

Adhésion de sept 20.... à fin août 20.... - Signature :

Adhésion de sept 20.... à fin août 20.... - Signature :