

## Fiche Sanitaire de Liaison

CERFA N° 8560233

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**I- Enfant:** NOM:

Prénom:

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.

ANTIPOLIOMYELITIQUE-ANTIDIPETERIQUE--ANTITETANIQUE- ANTICOQUELUCNEUSE

Vaccins pratiqués

Dates

Précisez s'il s'agit:

Du DT polio

Du DT coq

Du trétracoq

D'une prise polio

RAPPELS

ANTIBERCULEUSE

ANTIVARIOLIQUE

AUTRES VACCINS

Dates

Dates

Vaccins pratiqués

Dates

1er Vaccin

Vaccin

Revaccination

1er Rappel

Si l'enfant n'est pas vacciné,

Pourquoi ?

INJECTIONDESERUM

NATURE

DATES

**III- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** (Entourer ce que votre enfant a déjà eu) :

RUBEOLE VARICELLES ANGINES REUMATISMES SCARLATINE

COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

**IV— RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT?

NON

OUI

SI OUI, LEQUEL?

SI IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON

OUI

**V- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM :

PRENOMS:

ADRESSE ( pendant la période du séjour):

N° de DOMICILE

BUREAU

N° SS

Tel

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:

