



GRAVELINES AVIRON

Chemin du Guindal
ST-GEORGES SUR L'AA
59820 GRAVELINES
Tél : 03 28 23 36 03

E-mail : gravelines-us-aviron@wanadoo.fr

Site Internet : www.gravelinesusaviron.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS.

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

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de

II. VACCINATIONS vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		____ / ____ / ____
Du DT coq		____ / ____ / ____
Du Tétracoq		____ / ____ / ____
D'une prise polio RAPPELS		____ / ____ / ____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		VACCIN		DATES	
1 ^{er} VACCIN	____ / ____ / ____	1 ^{er} RAPPEL	____ / ____ / ____		____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____				____ / ____ / ____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE		DATES
			____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____

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)

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-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.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ Non ☐

MEDICAMENTEUSES ☐ 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 : PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

DOMICILE

BUREAU

N° DE TEL | |

VI. MUTUELLE

NOM DE LA MUTUELLE

.....

N° D'ADHERANT

PERIODE DE VALIDITE : Du..... au

NOM DE L'ASSURE

N°SFCU

