



ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐FILLE ☐

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre l'**ordonnance et les médicaments correspondants** (médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant), **une autorisation écrite** des responsables de l'enfant, d'administrer le traitement par : **le Nom et le Prénom d'un responsable** de la structure accueillante, **datée et signée**. **Sans quoi aucun traitement ne sera administré.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES, CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

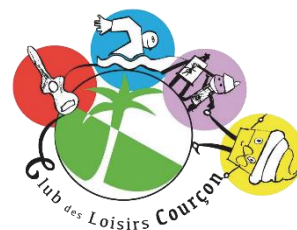
.....

.....

P.A.I (Projet d'accueil individualisé) en cours Oui Non (joindre le protocole et toutes information utiles)

Signature :

Inscription CLC 2026/2027
Fiche à retourner au Club des Loisirs Courçon (1 Rue du stade, 17170 Courçon)
ou aux accueils périscolaires de votre établissement
scolaire.



ENFANT :

Nom :	Prénom :	Sexe : F	M
Né le :	Lieu de naissance :		
Adresse :			
Code postal :	Commune :		
Ecole :	Classe :		

RESPONSABLE DE L'ENFANT (mail obligatoire)

Père :	Autorité parentale :	oui	non
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Code postal :	Commune :		
Fixe :	Portable :	Bureau :	
Mail :			

Mère :	Autorité parentale :	oui	non
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Code postal :	Commune :		
Fixe :	Portable :	Bureau :	
Mail :			

Autre responsable légal :

Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Code postal :	Commune :		
Fixe :	Portable :	Bureau :	
Mail :			

Santé :

Personnes à prévenir en cas d'accident, si les parents ne sont pas joignables :

Nom : Prénom : Téléphone

Nom : Prénom : Téléphone :

Prise en charge :

Personnes autorisées à récupérer votre enfant au CLC et ses annexes :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

AUTORISATION Baignade

J'autorise mon enfant à participer à l'activité piscine et plage ? Oui ☐ Non ☐

Sait-il nager ? Oui ☐ Non ☐



AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise le CLC à transporter mon enfant sur les différents lieux d'activités avec le moyen de transport de son choix (minibus, vélo, à pied, etc.) Oui ☐ Non ☐

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER

J'autorise le CLC à photographier mon enfant seul ou en groupe afin de valoriser les activités à l'intérieur des locaux (aucune diffusion uniquement utilisée à des fins pédagogiques) Oui ☐ Non ☐



AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à quitter seul le CLC : Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de transmettre une autorisation écrite des responsables de l'enfant à l'accueil de loisirs datée et signée.