



# MES LOISIRS TOUTE L'ANNÉE !

## DOSSIER D'INSTRUCTION EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

P.A.I

Transmis le : ..... / ..... / .....  
Cadre réservé à l'ARPEJ-Rezé

**Cocher la ou les case.s correspondante.s**

- Allergies alimentaires
- Allergies médicamenteuses
- Maladies chroniques (Asthme, épilepsie, hémophilie, diabète,...)
- En situation de handicap

ANNÉE SCOLAIRE 202\_ - 202\_

### 1 - INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Garçon  Fille  
Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
École ou établissement fréquenté : ..... Classe : .....  
Accueil de Loisirs fréquenté : .....  
Séjour fréquenté : .....

### 2 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  
 Autres (précisez) : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Email : .....

### 3 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  
 Autres (précisez) : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Email : .....

### 4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT → Nom : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
SERVICE HOSPITALIER OU ALLERGOLOGUE → Nom : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### 5 - TYPE DE P.A.I

- Nature des allergies alimentaires médicalement reconnues : .....
- Nature du (des) allergies(s) médicamenteuse(s) : .....
- Nature de la (des) maladie(s) médicalement reconnue(s) : .....
- Nature du (des) handicap(s) reconnu(s) : .....



Si votre enfant est en situation de handicap un rendez-vous sera fixé avec la chargée d'inclusion de l'ARPEJ-Rezé. Cet entretien permettra d'identifier les besoins spécifiques, les adaptations possibles ainsi que les modalités d'accueil et de suivi.

## 6 - ALIMENTATION

Nécessité d'un repas spécifique

Fourni par la famille

Orédia fourni par la restauration (service qui prendra fin au 31 août 2024).

Rappel des habitudes alimentaire choisies à l'inscription :

Repas classique

Alternative végétarienne à la viande

Autres, préciser (mixé, froid...) : .....

*Merci de fournir un certificat médical de votre médecin traitant (en cas d'allergie uniquement), accompagné du protocole d'intervention en cas d'urgence et de joindre la copie de l'ordonnance.*

## 7 - SITUATION ADMINISTRATIVE

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Oui  Non

Si oui, quelle est sa date d'échéance ? ..... / ..... / .....

*Merci de fournir une photocopie de la notification AEEH.*

## 8 - TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant a-t-il un traitement médical (hors protocole d'urgence) ?  Oui  Non

*Si oui, merci de joindre la photocopie de l'ordonnance et de préciser le nom du ou des médicaments, ainsi que la posologie :*

.....  
.....  
.....

Durée du traitement : ..... Horaires : .....

Autre, préciser : .....

### POUR LES ENFANTS ASTHMATIQUES

Médicaments à prendre avant un effort physique soutenu : .....

Agents provocateurs de crise d'asthme connus : .....

*Pour tous les types de maladies chroniques*

Autres préconisations si nécessaires :

.....  
.....  
.....

## 9 - AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

Dans le cadre des activités sportives

Piscine : .....  Autres activités : .....

Dans le cadre des transports : .....

Dans le cadre des activités extérieures : .....

Nécessité de locaux adaptés pour soins particuliers :  Oui  Non Si oui, lesquels :

.....  
.....  
.....

## 10 - AUTORISATIONS PARENTALES ET SIGNATURE(S)

Je soussigné (e) : .....

Qualité :  Père  Mère  Beau-père  Belle-mère  Autres (précisez) : .....

Demande et autorise les personnes en charge de l'Accueil de Loisirs à administrer le ou les médicaments prescrits à mon enfant.

M'engage à faire connaître immédiatement toute modification de traitement.

M'engage à remettre, en mains propres, au responsable de l'activité ou à un membre de son équipe, la trousse d'urgence à chaque présence de mon enfant.

Signature du de la responsable légal.e 1

Date : ..... / ..... / .....

Signature du de la responsable légal.e 2

Date : ..... / ..... / .....

Cadre réservé à l'ARPEJ-Rezé

### PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

Trousse d'urgence  Oui  Non

Lieu de stockage de la trousse d'urgence : .....

Médicaments présents dans la trousse d'urgence et date de validité :

- ..... / ..... / .....
- ..... / ..... / .....
- ..... / ..... / .....
- ..... / ..... / .....

#### LA TROUSSE D'URGENCE DOIT TOUJOURS SUIVRE L'ENFANT LORS DE TOUS LES DÉPLACEMENTS.

Constaté par le Directeur de l'Accueil de Loisirs, le ..... / ..... / .....

**PROTOCOLE D'URGENCE**  Oui  Non

Daté du ..... / ..... / ..... (obligatoirement moins d'un an)

Médecin prescripteur : Nom, Prénom : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / .....

Je soussigné(e) : .....,  
directeur, trice de l'Accueil de Loisirs ..... atteste avoir  
pris connaissance des différentes spécifications mentionnées ci-dessus pour assurer l'accueil de l'enfant  
.....

Date : ..... / ..... / .....

Signature du directeur.trice de l'accueil :