



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

Les familles doivent :

☐ Fournir le repas

☐ Fournir le goûter

☐ Rappel des habitudes alimentaires 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 :