

## ETABLISSEMENTS

ACCUEILS MUNICIPAUX	<input type="checkbox"/> restauration scolaire	<input type="checkbox"/> planète mercredi	<input type="checkbox"/> EAL primaire (vacances)	<input type="checkbox"/> camps
	<input type="checkbox"/> garderie / périscolaire	<input type="checkbox"/> salle ados	<input type="checkbox"/> EAL ados (vacances)	<input type="checkbox"/> séjours

## L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nom du représentant légal : ..... En qualité de .....

Téléphone : .....

## NATURE DU PAI

- Allergie alimentaire :
  - éviction des aliments suivants : .....
  - panier repas fourni par les parents
- Asthme, provoqué par : .....
- Autre pathologie (à préciser) : .....

## COORDONNEES

### LES PARENTS

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... travail : ..... Portable : .....

### LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT DANS LE CADRE DE SA PATHOLOGIE

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## SIGNATAIRES DU PROJET

A.....

Le : .....

***Les parents ou représentant légal :******Le médecin :******L'organisateur :***

**Les directeurs d'accueils :**

**RESTAURATION SCOLAIRE / PERISCOLAIRE** - N° déclaration :.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

**PLANETE MERCREDI OU SALLE ADOS** - N° déclaration :.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

***L'ACCUEIL DE LOISIRS (VACANCES)***

**TOUSSAINT** – N° déclaration :.....du...../...../.....au...../...../.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

**HIVER** – N° déclaration :.....du...../...../.....au...../...../.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

**PAQUES** - N° déclaration :.....du...../...../.....au...../...../.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

**ETE** – N° déclaration :.....du...../...../.....au...../...../.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

**SEJOUR VACANCES** - N° déclaration :.....du...../...../.....au...../...../.....

Nom et Prénom du directeur :.....Téléphone:.....

Adresse de structure:.....

Signature du directeur :

## FICHE ALLERGIE ALIMENTAIRE – à faire remplir par le médecin de l'enfant

Nom, prénom de l'enfant : .....

Aliments proscrits : .....

- Ne nécessitant pas de panier repas
- Nécessitant un panier repas fourni par les parents, chaque matin dans des boîtes hermétiques marquées au nom de l'enfant, contenu dans un sac isotherme équipé de pains de glace.



**LE TRAITEMENT MÉDICAL COMPLET MARQUÉ AU NOM DE L'ENFANT AVEC ORDONNANCE ET PAI sont à remettre au guichet unique 10 jours avant la demande d'inscription, dans un contenant également marqué au nom de l'enfant. Aucun accueil ne sera possible avant.**

### PROTOCOLE D'URGENCE en cas d'ingestion

Signes d'appel	Mesures à prendre	Traitement

**Ordonnance rédigée à l'ordinateur obligatoire pour le traitement et la posologie afin que les informations soient lisibles – merci.**

Merci de prévoir autant de traitements que de sites d'accueils de l'enfant – à définir selon les besoins des parents.

Cachet du médecin :

date : .....

Signature :

## FICHE ASTHME – à faire remplir par le médecin de l'enfant

---

Nom, prénom de l'enfant : .....

ASTHME provoqué par : .....

- Avec traitement de fond au domicile
- Nécessitant une prise médicamenteuse en cas de crise



LE TRAITEMENT MÉDICAL COMPLET MARQUÉ AU NOM DE L'ENFANT AVEC ORDONNANCE ET PAI sont à remettre au guichet unique 10 jours avant la demande d'inscription, dans un contenant également marqué au nom de l'enfant. Aucun accueil ne sera possible avant.

### PROTOCOLE D'URGENCE en cas de crise

---

Signes d'appel	Mesures à prendre	Traitement

Ordonnance rédigée à l'ordinateur obligatoire pour le traitement et la posologie afin que les informations soient lisibles – merci.

Merci de prévoir autant de traitements que de sites d'accueils de l'enfant – à définir selon les besoins des parents.

Cachet du médecin :

date : .....


Signature :

FICHE « AUTRE PATHOLOGIE MÉDICALE » – à faire remplir par le médecin de l'enfant

Nom, prénom de l'enfant : .....

PATHOLOGIE : .....

- Avec traitement de fond au domicile
- Nécessitant une prise médicamenteuse en cas de crise

 LE TRAITEMENT MÉDICAL COMPLET MARQUÉ AU NOM DE L'ENFANT AVEC ORDONNANCE ET PAI sont à remettre au guichet unique 10 jours avant la demande d'inscription, dans un contenant également marqué au nom de l'enfant. Aucun accueil ne sera possible avant.

PROTOCOLE D'URGENCE en cas de crise

Signes d'appel	Mesures à prendre	Traitement

Ordonnance rédigée à l'ordinateur obligatoire pour le traitement et la posologie afin que les informations soient lisibles – merci.

Merci de prévoir autant de traitements que de sites d'accueils de l'enfant – à définir selon les besoins des parents.

Cachet du médecin :

date : .....

Signature :

