

Projet d'Accueil Individualisé

(à remplir impérativement en cas d'asthme ou difficultés de santé non alimentaire)

I – PARTIE A RENSEIGNER PAR LES PARENTS

Parents ou représentant légal du mineur :

Nom Prénom	Adresse	Téléphones
.....

Enfant concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Poids :

II – PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

1) difficulté de santé

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

Trousse de secours d'urgence

Fournie par les parents

Oui

Non

2) signes cliniques

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

3) conduite à tenir

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

Ces informations sont couvertes par l'obligation de confidentialité de l'ensemble des intervenants.

III – PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISATEUR

1) Structure d'accueil

CENTRE LOISIRS ET CULTURE 27 rue Victor Hugo 38320 Eybens

Téléphone : 04 76 24 22 32 Mail : enfance@clc-asso.fr

2) Signataires du protocole

Fait à, le/...../ 20....

Les parents ou le représentant légal	Signature de la direction du CLC	Signature de l'équipe pédagogique de la MDE
---	----------------------------------	--