Protocole d'**A**ccueil **I**ndividualisé en accueil de **L**oisirs et séjour de **V**acances (P.A.I.L.V.)

(à remplir impéra□vement en cas d'allergie alimentaire)

I – PARTIE A RENSEIGNER PAR LES PARENTS

Parents ou représentant légal du mineur :

Nom Prénom	Adresse	Téléphones
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Mineur concerné :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :.....

Adresse : .....

.....

Besoins spécifiques du mineur

1) Modalités de fourniture des repas

Panier repas (pour les accueils de loisirs) ❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

Subtitution d'un aliment ❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

2) Trousse de secours d'urgence

Fourniture par les parents d'une trousse d'urgence ❑Oui ❑Non

3) Autres besoins

❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

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

II – PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN TRAITANT

1) Allergie

Allergie repérée ❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

Nécessité d'un régime alimentaire ❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

Autre(s) préconisation(s) ❑Oui ❑Non

Si oui préciser :.....

.....

Traitement médical ❑Oui ❑Non

Si oui, ordonnance à remettre aux parents

2) Prise en charge en cas d'urgence

Merci de préciser : Les signes d'appel, les mesures à prendre dans l'attente des secours, le message à faire passer au service d'urgence

.....

.....

.....

.....

.....

..... Cachet et signature du médecin traitant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III – PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISATEUR

1) Structure d'accueil

Organisateur :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