

Protocole d'Accueil Individualisé en accueil de Loisirs et séjour de Vacances (P.A.I.L.V.)

(à remplir 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 :

.....

Préparation individualisée des repas 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 :

.....

Nota Bene : 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 : ① Les signes d'appel ② Les mesures à prendre dans l'attente des secours ③ 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 :

.....

Lieu d'implantation :

Adresse :

Téléphone :

N° de déclaration :

Date de l'accueil ou du séjour : du au 20

2) Signataires du protocole

Fait à, le/...../ 20

Les parents ou le représentant légal

L'organisateur

Le directeur