



PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

L'ENFANT

NOM : Prénom :
Date de naissance :

L'ACCUEIL DE LOISIRS

Organisme : **ASC Mézières en Drouais**
Adresse : 30 Grande rue 28500 Mézières en Drouais Tél : 02.37.43.74.52
NOM du Responsable : Portable : 06.46.72.05.30

LES REFERENTS

- **Personne à contacter en cas d'urgence :**

NOM et Prénom : Tél :

- **Les Parents ou Responsables légaux**

NOM et Prénom du père :
NOM et Prénom de la mère :
Adresse :
.....

	Père	Mère
Téléphones Domicile :
Portable :
Professionnel :

- **Le Médecin traitant**

NOM :
Adresse :
Tél du Cabinet : Tél Port :

- **Service Hospitalier ou Médecin Spécialiste**

Nom de la structure hospitalière :
Service :
Médecin :
Tél :

PROTOCOLE D'INTERVENTION

Hiérarchiser en fonction de la gravité.

Symptômes visibles	Mesures à prendre	Traitements adaptés

Médecin à contacter : Docteur Tél :

Signature du Médecin traitant

Recommandations générales

-
-
-
-

Médicaments remis à la structure :

-
-
-

Je soussigné(e) (nom, prénom), mère, père, tuteur, de l'enfant (nom, prénom)

Autorise l'équipe d'animation de l'Accueil de Loisirs (directeurs et animateurs) à donner à mon enfant des médicaments selon la prescription du médecin traitant et à prendre les mesures en cas d'urgence selon le protocole établi dans le cadre du P.A.I pour le temps périscolaire et extrascolaire.

Je les décharge donc des conséquences de cet acte thérapeutique effectué par des « non médecins » qui, par conséquent, ne peuvent être tenus responsables d'une erreur de diagnostic ou d'un retard dans la mise en place du traitement ou d'une manipulation.

Nom des personnes autorisées à donner le traitement :

-
-
-
-

A, le

Signatures

Responsable légal de l'enfant

Représentant(e) de l'association

Médecin

Le responsable de l'accueil
(Sur la période concernée)