

**CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE**

Code Famille : .....

Date réception : .....

Par : .....



**ANNÉE SCOLAIRE**

2025/2026

Code enfant :

**Fiche d'accompagnement personnalisé (A.P.P.)**

Elle définit les adaptations apportées pour l'accueil d'un enfant en collectivité (crèche, école, accueil de loisirs), répertorie les traitements et/ou les régimes médicaux et précise, au besoin, les aménagements de la scolarité en lien avec l'état de santé.

**INFORMATIONS SUR L'ENFANT**

NOM, Prénom : ..... Date de naissance : .....

École ou établissement fréquenté : ..... Classe : .....

**INFORMATIONS SUR LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

NOM, Prénom du représentant légal 1 : .....

Téléphone : ..... courriel : .....@.....

NOM, Prénom du représentant légal 2 : .....

Téléphone : ..... courriel : .....@.....

**J'autorise le professionnel référent à nous contacter**

**1 - INFORMATIONS MÉDICALES**

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

L'enfant a-t-il un dossier P.A.I. en cours :  **OUI\***  **NON** (\*Si oui, fournir une copie du P.A.I.)

Préciser la nature (alimentaire, asthme, diabète, autre ...).....

Rappel: un dossier P.A.I. est valable 1 an à compter de la date de la signature.

Si vous sollicitez pour votre enfant la mise en place ou la reconduction d'un P.A.I., alimentaire ou non, vous devez prendre rendez-vous avec :

- le/la Directeur (trice) de l'école de votre enfant afin de constituer le dossier.
- la Direction de l'établissement pour une inscription en M.A.C.-M.A.F. (*crèche familiale ou collective*)
- la Direction de la Jeunesse pour une inscription en Accueil de Loisirs (*pour tout enfant scolarisé dans le privé ou sans inscription à la cantine et au périscolaire*). ☎ 04 90 44 72 70

**HANDICAP OU BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER**

L'enfant a-t-il un handicap ou un besoin d'accompagnement particulier :  **OUI\***  **NON**

\*Si **oui**, veuillez préciser la nature du handicap ou du besoin d'accompagnement particulier : .....

L'enfant est-il suivi par :  Hôpital de jour  CAMSP  MDPH  Autre organisme : .....

L'enfant a-t-il besoin d'un accompagnement (ex : AESH ...) et / ou de matériel adapté durant son

accueil :  **OUI\***  **NON**

\*Si **oui**, veuillez préciser : .....

.../...

## 2 – DEMANDE D'INSCRIPTION

**VOTRE DEMANDE CONCERNE :** (Plusieurs choix possibles)

- M.A.C-M.A.F** (Crèche)
- A.C.M. - Mercredis** (Accueil de Loisirs)
- A.C.M. - Vacances scolaires** (Accueil de Loisirs)
- Pause méridienne** 11h30 – 13h30
- Périscolaire du matin** 07h30 – 08h30
- Périscolaire du soir** 16h30 – 18h00

Toute demande d'accompagnement sera soumise à la validation et aux moyens du service.  
Des rencontres avec le référent pourront vous être proposées tout au long de l'accompagnement.

A :

Le :

**Signature :**