



Protocole d'Accueil Individualisé **PAI**

- ☐ Allergie(s) _____ ☐ Maladie chronique _____
- ☐ Autre (précisez) _____ ☐ Handicap _____

Enfant	Coordonnées du représentant légal
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Né(e) le _____	Tél portable _____
Adresse _____	Tél privé _____
_____	Tél pro _____

Coordonnées Intervenants Extérieurs (à numéroter par ordre de priorité)	Descriptif / Conduite à tenir
☐ Médecin traitant _____ Tel _____	Modalités spécifiques d'accueil _____ _____ _____ _____
☐ Médecin spécialiste _____ Tel _____	_____ _____ _____ _____
☐ Service hospitalier _____ Tel _____	Signes précurseurs/symptômes visibles _____ _____
Signature du représentant légal	Mesures à prendre dans l'attente des secours _____ _____
Signature du médecin traitant (+cachet)	Evictions/interdits _____ _____
Signature du représentant de LIAC	Traitement médical (joint avec l'ordonnance cachetée du médecin) _____ _____ _____