

**PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ  
AUTORISATION PARENTALE**

Accueil des enfants atteints de troubles de la santé sur le temps périscolaire

**Circulaire n° 2003-135 du 9 septembre 2003**

Je soussigné(e) NOM..... PRÉNOM ..... ,  
demeurant ..... , téléphone ..... ,  
père, mère, représentant légal de l'enfant NOM ..... PRÉNOM.....  
né(e) le ..... autorise la ville de Saint Genis Laval à utiliser le PAI établi dans le cadre  
scolaire pour les activités périscolaires (TAP), la garderie périscolaire (APG), les animations du  
Mixcube.

- J'accepte donc de transmettre le PAI précité avec les documents joints
- J'accepte de fournir une trousse de médicaments d'urgence supplémentaire aux personnes suivantes :
  - Référents de l'école pour les TAP :
    - Ecole Guilloux : tél : 06 09 96 46 70
    - Ecole Paul Frantz : tél : 06 09 96 46 73
    - Ecole Mouton : tél : 06 10 99 85 21
  - Directrice de l'Accueil Périscolaire Guilloux (APG) : Tél : 06 24 79 66 99
  - Directeur du Mixcube : - 04 37 20 11 34

J'accepte de fournir une photographie de mon enfant et autorise la Ville à l'afficher dans les différentes structures d'accueil afin que les agents municipaux d'encadrement puissent l'identifier aisément.

Je refuse la transmission d'une trousse supplémentaire et décharge la ville de Saint Genis Laval de toute responsabilité quant aux problèmes de santé de mon enfant survenant durant ces temps d'activités.

Saint Genis Laval, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »