



## PASS-Enfance n°2

*Programme d'Accès Spécifique au Service Enfance*  
**ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP**  
**ou AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT**

ANNEE SCOLAIRE 20\_\_/20\_\_

*L'objectif de ce PASS est de faciliter l'intégration de votre enfant, avec ses spécificités de santé, au sein des accueils de loisirs mis en œuvre par la commune en dehors du temps scolaire : Accueils pré et post-scolaire, temps du midi, mercredi après-midi et vacances scolaires.*

*Il vient compléter la démarche que vous avez dû engager auprès de l'éducation nationale pour l'élaboration d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) qui concerne le temps scolaire.*

*Le présent document peut être rempli et signé par le médecin référent de l'enfant (ou le spécialiste) et/ou par le (ou les) responsable(s) légal (aux). La famille autorise l'équipe des accueils de loisirs en charge de l'enfant à prendre connaissance des informations ci-dessous.*

*Les professionnels concernés par les PAI sont astreints au secret professionnel et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant (circulaire N°2003-135 du 08-09-2003).*

*Un rendez-vous devra impérativement être organisé avec le responsable de l'accueil de loisirs pour évoquer ensemble les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce programme. Dans le cas où des médicaments devraient être administrés merci de vous reporter au PASS Enfance n°1.*

*Le PASS est reconductible d'une année scolaire à l'autre, toutefois pour être valide, un RV entre le directeur de l'accueil de loisirs et la famille devra être organisé pour s'assurer de sa reconduction à l'identique. Si la reconduction n'est pas à l'identique, un nouveau dossier devra être validé.*

*Le document complété devra être remis au directeur de l'accueil de loisirs qui se chargera de le transmettre à sa hiérarchie. Le PASS sera alors soumis à la validation de l'Adjoint au Maire délégué à l'Action Educative. La copie du document définitif vous sera adressée à votre domicile.*

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

*A remplir par la famille*

**L'ENFANT**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
Date de naissance .....	Ecole fréquentée :
	Classe fréquentée :

**LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX**

Père Nom :	 professionnel	 Mobile	adresse mail :
Adresse :			
Mère Nom :	 professionnel	 Mobile	adresse mail :
Adresse :			
Responsable légal Nom :	 professionnel	 Mobile	adresse mail :
Adresse :			

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

*A remplir par la famille*

**DESCRIPTION DES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'ENFANT (sur les plans moteur, motricité fine, affectif...)**

**L'ENFANT A-T-IL :**

**UNE AVS SUR LE TEMPS SCOLAIRE :**

- OUI
- NON

**UN DOSSIER MDPH :**

- OUI
- NON
- EN COURS

cocher la case correspondante

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

A remplir par la famille, en lien avec le directeur des accueils de loisirs

**PRECONISATIONS POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT**

Horaires aménagés :

Aménagement des locaux :

Période d'adaptation :

Précautions diverses :

Sorties extérieures possibles ? avec quels aménagements :

Autres :

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

### SIGNATURES

pour accords sans réserve du présent programme  
précédée de la **Mention « lu et approuvé »**

- Signature et cachet du médecin traitant ou du spécialiste (facultatif)  
précédée de la Mention « lu et approuvé »  
Fait à ....., le.....
  
- Signature du (ou des) responsable(s) légal (aux)  
précédée de la Mention « lu et approuvé »  
Fait à ....., le.....
  
- Signature de Cyril Delpuech, Maire-Adjoint Action Educatrice  
Fait à Combs-la-Ville, le .....