

# ACCUEIL de LOISIRS recevant des ENFANTS de MOINS de 6 ANS

## Avis du médecin de PMI : annexe au dossier de déclaration

A transmettre au plus tard 2 mois avant le début de l'accueil, au **Médecin Chef de service de PMI** de l'Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale du secteur géographique de rattachement.

Préciser, dans le projet éducatif joint au dossier, comment ont été prises en compte les caractéristiques de ce public (adaptation de l'accueil aux besoins et aux rythmes de vie des enfants de moins de 6 ans).

Cochez votre situation

<input type="checkbox"/> <b>nouvelle déclaration</b> Cette déclaration concerne un accueil n'ayant jamais fait l'objet d'une déclaration	<input type="checkbox"/> <b>modification de la déclaration</b> L'accueil déclaré fait l'objet de modifications	<input type="checkbox"/> <b>renouvellement de la déclaration</b> L'accueil déclaré ne présente aucune modification
↓	↓	↓
<b>AVIS PMI systématique</b>	<b>AVIS PMI systématique</b>	<b>PAS D'AVIS PMI systématique</b> L'accueil reste susceptible d'être contrôlé.

### PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISATEUR

**N° d'organisateur** : 059ORG . . . . .

**Année scolaire** : 201 - 201

**Public de moins de 6 ans susceptible d'être accueilli** : âge :

Effectif attendu :

Des + de 6 ans seront-ils accueillis en même temps ? si oui, âge :

Effectif attendu :

Enfants présentant un trouble de la santé ou de handicap : Oui  Non  Préciser :

Nombre de

**Local** (joindre le PV de la commission de sécurité ou pour les établissements de 5<sup>ème</sup> cat, l'arrêté d'ouverture)

Dénomination habituelle :

Ecole maternelle  Centre de loisirs  Autre :

Classement de l'ERP\* : Type :  Catégorie :  Capacité autorisée :

Dernière commission de sécurité en date du :  avis :

**Adresse** :

N° téléphone :

Autres lieux utilisés habituellement : Oui  Non  Préciser :

**Espace réservé aux enfants de moins de 6 ans** :

**Description succincte** (préciser nombre, équipements, aménagements particuliers... ) :

\* Salles d'activités :

\* Sanitaires enfants :

\* Espace-repos : dortoir Oui  Non   
coin détente Oui  Non

\* Espaces extérieurs accessibles : cour, pelouse, ... ?

**Surface mise à disposition** :  **Capacité d'accueil demandée** :

**Observations** :

**PARTIE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN DE PMI**  
(Code de la Santé Publique art. L.2324-1 et R.2324-11)

**N° d'organisateur** : 059ORG . . . .

**Année scolaire** : 201 . – 201 .

**Adaptation de l'accueil aux besoins et aux rythmes de vie des enfants de moins de 6 ans :**

- Locaux :  Oui  Non  
- Modalités d'organisation et de fonctionnement :  Oui  Non

**Avis** :  Favorable  Réservé  Défavorable

**Observations** :

**UTPAS de** :

**Nom du médecin** :

Date :

Signature :

Cachet :