

N/ref : Word/secret/Adm/enftgest/fichrenseig/PAIformulaire

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)

Accueil des enfants atteints de trouble de la santé sur le temps extrascolaire

À compléter par la famille / page 1 et 2

Les professionnels concernés par le P.A.I sont astreints au secret professionnel et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

➤ ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Adresse :	
Code postal / Commune :	

PARENTS	☎ Mobile	☎ Travail
<u>MÈRE</u> :		
✉ Courriel		
Adresse (si, différente de l'enfant) :		
<u>PÈRE</u> :		
✉ Courriel		
Adresse (si, différente de l'enfant) :		
<u>FAMILLE D'ACCUEIL, AUTRE...</u> :		
✉ Courriel		
Adresse (si, différente de l'enfant) :		

RÉFÉRENTS À CONTACTER	NOM	☎
	S.A.M.U	15
Médecin traitant		
Médecins spécialistes		
Service(s) hospitalier(s)		
Autres (préciser)		

➤ **ENFANT**

Nom :	Prénom :
-------	----------

➔ **BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT**

- ☐ Prise de médicaments.
- ☐ Protocole d'urgence.
- ☐ Panier repas.
- ☐ Éviction d'allergène.
- ☐ Aménagements du temps.
- ☐ Autres.

➔ **MESURES PARTICULIÈRES À APPLIQUER**

--

Les ordonnances et médicaments seront remis au responsable de l'accueil de loisirs ou à l'arrivée à la personne chargée de l'accueil des familles.

➔ **AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PRÉVOIR DANS LE CADRE**

- ☐ Des activités physiques et sportives.
- ☐ Du transport.
- ☐ Des sorties.

➔ **POINTS IMPORTANTS**

- Localisation de la trousse d'urgence de l'enfant :
- Information systématique de tout personnel remplaçant.
- En cas d'appel du S.A.M.U l'informer de ce document.
- Mettre un exemplaire du P.A.I dans le classeur "Animateurs/enfants".

	Signature	Date
Mère		
Père		
Famille d'accueil, autre...		



N/ref : Word/secret/Adm/enftgest/fichrenseig/PAIformulaire

PROTOCOLE D'URGENCE

(Un exemplaire dans la trousse d'urgence)

À compléter par le médecin traitant / page 3

➤ ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Adresse :	
Code postal / Commune :	

➤ SIGNES D'APPEL

Symptômes visibles pouvant être associés ou non

➤ CONDUITE À TENIR

S.A.M.U : 15 ou 112 d'un mobile

➤ Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'accueil de loisirs :

--

Date, cachet et signature du médecin traitant



N/ref : Word/secret/Adm/enftgest/fichrenseig/PAIformulaire

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

À compléter par la famille et la collectivité / page 4

Je soussigné (e), représentant légal de l'enfant (nom de l'enfant) demande la mise en place du Projet d'Accueil Individualisé (ci-joint).

J'autorise, que ce document soit porté à la connaissance du personnel du service Enfance-Loisirs.

J'autorise, tout adulte à mettre en place les aménagements demandés et à administrer les médicaments prescrits par le Docteur

Le

Fait à

Signature

(La mère, le père, la famille d'accueil ou autre)

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à le remplacer.

Date :

Signature

Le responsable du service Enfance-Loisirs

Margot MARIN

Date :

Signature

Le Président ou de son représentant

Christian POTEAU