



Année scolaire :

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

Accueil des enfants atteints de trouble de la santé sur le temps Restauration et/ou Péri-scolaire

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
MÈRE :		
✉ Courriel		
Adresse (si, différente de l'enfant) :		
PÈRE :		
✉ Courriel		
Adresse (si, différente de l'enfant) :		
FAMILLE D'ACCUEIL, AUTRE... :		
✉ 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.
- Éviction d'allergène.
- Aménagements du temps.
- Autres.

→ MESURES PARTICULIÈRES À APPLIQUER

Les ordonnances, médicaments et/ou repas seront remis aux personnels 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 "Fiches inscriptions enfants".

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



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 au problème de santé qui engendre ce PAI

➤ 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 structure d'accueil (Restauration - Périscolaire)

--

Date, cachet et signature du médecin traitant



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 de la structure Restauration-Périscolaire.

J'autorise, tout adulte encadrant de la structure 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)

Date :

Signature

Le Maire
Béatrice MOTHRÉ