



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE – P.A.I.

Temps périscolaire :

Restauration et Garderie Scolaire – Centre de loisirs

Année Scolaire : 2021 - 2022

## ENFANT CONCERNE

Nom : ..... Prénom : .....

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant.

La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence.

Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Je soussigné .....

père , mère , représentant légal

demande pour mon enfant la mise en place d'un P.A.I. à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

A ....., le .....

Signature :

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

Année scolaire de la 1<sup>ère</sup> demande : .....



### Informations de l'enfant concerné

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Age : ..... Sexe :  F  M

Classe : .....

### Temps d'accueil

Restaurant scolaire

Garderie scolaire

Centre de loisirs

### Pathologies

Alimentations :

- Allergies

- Intolérance

Asthme

Maladie

Autre

- Précisez  
.....  
.....



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE – P.A.I.

## Année Scolaire : 2021 - 2022

### Allergie ou intolérance alimentaire : besoins de l'enfant

#### La restauration scolaire :

- Menus habituels avec éviction simples   
Lecture des menus par les parents
  
- Paniers repas seuls autorisés   
Fournis par les parents
  
- Autre   
A définir avec le service scolaire  
Précisez :

.....  
.....

#### Les goûters : (lors des centres de loisirs)

- Goûters habituels autorisés
- Goûters habituels avec éviction simple
- Uniquement le goûter apporté par les parents

En activités manuelles, la manipulation de certains matériaux est-elle autorisée ?

- Fruits à coques, cacahuètes
  - Pâtes à modeler
  - Pâte à sel
  - Autres
- Précisez :

.....

#### La trousse d'urgence :

La trousse est fournie par les représentants légaux et doit contenir un double du PAI avec le protocole d'urgence et l'ordonnance de prescription en cours de validité.

Les représentants légaux fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Les représentants légaux s'engagent à informer la mairie en cas de changement de la prescription médicale.



# PARTIE MEDICALE



### Coordonnées des parents ou représentants légaux

Responsable 1 :            père         mère         représentant légal

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....

Responsable 2 :            père         mère         représentant légal

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....

### Coordonnées des médecins

Médecin prescripteur du protocole d'interventions :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Médecin traitant :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE – P.A.I.

## PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

A remplir par le médecin qui suit l'enfant

### Informations de l'enfant concerné

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Date et lieu de Naissance : .....

### Pathologies

.....  
.....  
.....

### Composition de la trousse d'urgence

.....  
.....  
.....

#### SYMPTOMES VISIBLES

#### MESURES A PRENDRE POUR ASSURER LA SECURITE DE L'ENFANT

Signes d'appels mineurs (nécessitant une surveillance plus attentive)

Signes d'appel Majeurs (nécessitant des mesures à prendre en urgence)

**APPEL DU 15**



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE – P.A.I.

## PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

### SUITE

#### MEDICAMENTS A ADMINISTRER PAR LE PERSONNEL RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration

Joindre l'ordonnance de prescription des médicaments

### AMENAGEMENT COMPLEMENTAIRE

#### Aptitudes sportives

Inaptitude partielle : Oui  Non  Inaptitude totale : Oui  Non

Préciser les restrictions :

.....  
.....

#### Régime alimentaire

Restauration scolaire autorisée : Oui  Non

- Paniers repas seuls autorisés
- Régime spécifique nécessaire

Précisez :

.....  
.....

- Menu habituel avec éviction d'un aliment

Précisez :

.....

- Autre

Précisez :

.....  
.....

Les goûters autorisés (lors des centres de loisirs) : Oui  Non

- Goûters habituels avec éviction simple

Précisez :

.....

- Uniquement le goûter apporté par les parents



## Manipulation

Activités manuelles :

La manipulation de certains matériaux est-elle autorisée ?

- Fruits à coques, cacahuètes
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres

Précisez :

.....

### **PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES :**

**Kinésithérapie, soins infirmiers, matériels  
orthopédiques...**

Types :

.....  
.....  
.....  
.....

Fréquences :

.....  
.....  
.....  
.....

Autres :

.....  
.....  
.....  
.....

**Date, signature et cachet du médecin :**