

	
	<p align="center">Projet d'accueil individualisé</p>

ENFANT CONCERNE

NOM :	PRÉNOM
ADRESSE :	
DATE DE NAISSANCE :	

PAI établi pour la période du au(1 an maximum)

Je soussigné père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil individualisé à partir :

- De la prescription médicale
- Du protocole d'intervention

Du Docteur :

Adresse :

Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des agents de l'accueil collectif de mineurs, en charge de mon enfant, lors des journées passées sur l'accueil ou durant les séjours organisés par la communauté d'agglomération.

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

Date : signature du représentant légal

<p>Les parties prenantes ont pris connaissances de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.</p>	
<p>Le directeur de l'accueil Nom :</p>	<p>le médecin traitant de l'enfant Nom :</p>
<p>Date :</p>	<p>Date :</p>
<p>Signature :</p>	<p>Signature :</p>

Personnes à contacter en cas d'urgence

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
Tél portable		
Tél professionnel		
Tél domicile		

Le responsable de l'accueil collectif de mineurs

	Monsieur	Madame
Nom		
Tél portable		
Tél professionnel		
Tél portable		

Les urgences (si nécessaire)

Sur une ligne fixe	15
Sur un téléphone portable	112

Engagement du directeur/trice de l'accueil de loisirs

- Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

Lieu de rangement de la trousse d'urgence :

En cas de sortie, prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

- Informer l'ensemble des équipes d'animation de l'existence d'un PAI et des règles de conduite à suivre.

Le directeur de l'ACM :

Date :

Signature :

Engagement des parents

- Les trousse d'urgence sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption des médicaments, et de les renouveler s'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à contacter le directeur de l'ACM, en cas de changement de la prescription médicale.
- Joindre au PAI, l'ordonnance qui détermine le nom des médicaments, les doses, le mode de prise et les horaires.

Le représentant légal :

Date :

Signature :

BESOIN SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT

1/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Restauration collective

- Autorisé
- Non autorisé
- Panier-repas seuls autorisés
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autres (à préciser).....

Goûter

- Goûter Autorisé
- Goûter habituel avec éviction simple :
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'enfant

Les activités

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

Autres aménagements à détailler :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

2/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Troubles de la santé ou allergie:

Composition de la trousse d'urgence :

Antihistaminique :

Corticoïde :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Autres :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

3/3

À renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Symptômes visibles	Signes d'appels	Conduite à tenir dans l'attente des secours

Signature du médecin :