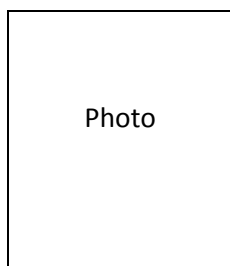


PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

PAI pour la période du :/...../..... au/...../.....

Enfant concerné



Nom :	Prénom
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

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 atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. 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. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

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 et/ou du protocole d'intervention du **Docteur**.....
Tèl :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : Centre de Loisirs Sans Hébergement, cantine, temps périscolaire. Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

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 les remplacer.

Signatures du PAI et date :

Directrice du CLSH

Médecin Traitant



Centre de Loisirs Sans Hébergement

Etablissement :période du :...../...../.....au/...../.....
Adresse :
Directrice :
Tèl :
Mairie de :

Personnes à prévenir

➤ Les urgences

Sur téléphone Standard	15
Sur téléphone Portable	112

➤ Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

➤ Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

➤ L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	



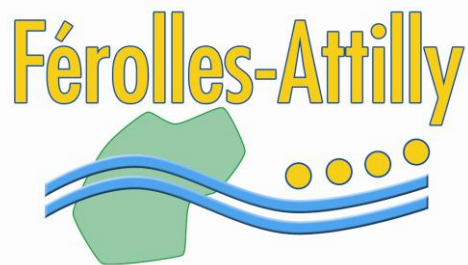
Centre de Loisirs Sans Hébergement

Pour Tous les enfants concernés

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 - Indiquer les endroits où sont déposées les troussees d'urgence.....
 - Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
 - Les parents 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 parents s'engagent à informer en cas de changement de la prescription médicale

- **En cas de sorties externes :**
 - Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
 - Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
 - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

- **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**
 - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations ; il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI



Centre de Loisirs Sans Hébergement

Besoins spécifiques de l'enfant

➤ **Restauration (cocher la mention retenue)**

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre (préciser)

➤ **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels 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 :

- Fruit à coque, cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâtes à sel
- Autre (préciser).....

➤ **Autres aménagements à détailler :**

.....

.....



Centre de Loisirs Sans Hébergement

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Etablissement :

Allergie à

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : l'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

Antihistaminique :

Corticoïdes :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Autres :

Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant

Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer :

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aigüe	Démangeaisons, boutons comme piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés.

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent.

Date :

Signature et cachet du médecin