

**PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I)  
PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES**

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 une meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence.

Le personnel est astreint au secret professionnel et ne transmette 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.

Le présent protocole concerne l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../...../...../.....

Sexe : ..... Poids : .....

Adresse : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Allergie(s) : .....



## **Besoins spécifiques de l'élève**

### **Restauration scolaire :**

- Non autorisée
- Fourniture du repas par la famille

### **Les goûters :**

- Non autorisée
- Fourniture du repas par la famille

### **Les activités d'arts plastiques :**

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

- Fruits à coque
- Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser)

.....

.....

### **Autres aménagements :** (à détailler)

.....

.....

**Coordinateur du Projet d'Accueil Individualisé :**

Qualité	Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
<u>Médecin de l'enfant :</u>			Bureau :  Portable :

**Certificat médical – prescription :**     Oui     Non

**L'allergologue qui suit l'enfant :**

Nom	
Service	
Adresse	
Téléphone	

**Certificat médical – prescription :**     Oui     Non

**Le Service Hospitalier où est suivi l'enfant :**

Nom du service	
Adresse	
Téléphone	

**Certificat médical – prescription :**     Oui     Non

## **Protocole d'intervention en cas d'urgence :**

### **Les urgences :**

Depuis un téléphone mobile : **APPEL D'URGENCE** composer le **112**

Depuis un téléphone standard : **SAMU** composer le **15**

### **Personnes à prévenir rapidement en cas de trouble, malaise...:**

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

### **Précisez les signes d'appel :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **Précisez les symptômes visibles :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **Quelles sont les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'enfant ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**En cas de trouble, malaise : un rapport sera établi et communiqué.**

**Trousse d'urgence de l'enfant :**

Indiquer où est déposée la trousse :

.....  
.....

Donner la composition des médicaments :

.....  
.....

L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont jointes en annexe.

Les trousses 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.

**En cas de déplacement périscolaire et extrascolaire :**

- 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.

-----

Je soussigné....., représentant légal, demande pour mon enfant ci-dessus désigné, la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

J'autorise l'administration des médicaments mentionnés dans le protocole de soins d'urgence ci-joint rédigé.

Je sollicite que ce document soit porté à la connaissance du personnel communal en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil durant les activités communales périscolaires et extrascolaires.

**Date et signature du représentant légal :**

NOM - PRENOM

Protocole concernant l'enfant .....

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.

**Date et signature :**

**VALIDATION**

Médecin de l'enfant

L'allergologue

Le service Hospitalier

**ACCEPTATION**

**Date :** ...../...../.....

Oui

Non

Si non, quelles en sont les raisons :

.....

.....

.....

.....

Le Maire,

Bernard GIRSCH