

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

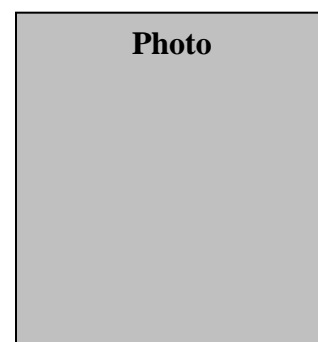
Sexe : Poids :

Adresse :

Ecole :

Classe :

Allergie(s) :



Besoins spécifiques de l'élève

Restauration scolaire :

- Non autorisée
- Fourniture du repas par la famille

Les goûters :

- Non autorisés
- Fourniture du goûter 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)
- Pâte à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser)

.....
.....

Autres aménagements : (à détailler)

.....
.....

Coordinateur du Projet d'Accueil Individualisé :

Qualité	Nom	Adresse	Téléphone
<u>Médecin traitant 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 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 liste des médicaments :

.....
.....

La trousse de secours de l'enfant doit contenir :

- L'ordonnance détaillée des soins à apporter
- La liste des médicaments
- Le double du présent document (PAI)

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.

Je soussigné(e)....., 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 en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil durant les activités périscolaires et extrascolaires.

Date et signature du représentant légal :

NOM – PRENOM :

Date :

Signature :

VALIDATION

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.

Médecin traitant de l'enfant

Nom – Prénom :

Adresse :

Signature / Tampon

L'allergologue

Nom – Prénom :

Adresse :

Signature / Tampon

Le service Hospitalier

Nom du service :

Adresse :

Signature / Tampon

ACCEPTATION

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

Oui

Non

Si non, quelles en sont les raisons :

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

Le Maire,