

| | |
|---|--|
|  | PAI |
| Syndicat Intercommunal à Vocation Unique Rural'Oise | <i>Projet d'Accueil Individualisé</i> |

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 de loisirs, en charge de mon enfant, lors des journées passées sur l'accueil ou durant les séjours organisés par la communauté de communes.

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

Date : signature du représentant légal

| | |
|--|---------------------------------|
| 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. | |
| Le directeur de l'accueil de loisirs | le médecin traitant de l'enfant |
| Nom : | Nom : |
| Date : | Date : |
| Signature : | Signature : |

| |
|---|
| 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 de loisirs

| | Monsieur | Madame |
|-------------------|----------|--------|
| Nom | | |
| Tél portable | | |
| Tél professionnel | | |
| Tél portable | | |

Les urgences (si nécessaire)

| | |
|---------------------------|------------|
| Sur une ligne fixe | 15 |
| Sur un téléphone portable | 112 |

Engagement de la direction de l'Accueil de Loisirs de Mineurs

- 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.

La direction 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 la direction 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 :