

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

**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 :

<b>Personnes à contacter en cas d'urgence</b>
---

**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	<b>15</b>
Sur un téléphone portable	<b>112</b>

## 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 :

<b>BESOIN SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT</b>
--------------------------------------

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 :**

**PROCOLE 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 :

**PROCOLE 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 :