



Projet d'Accueil Individualisé
Restauration scolaire - Accueil périscolaire
Accueil de loisirs et Séjours
Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003
(Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

Année scolaire 2024-2025

Document à retourner sous pli cacheté à la Direction de l'Éducation
09 rue de Charente - 44800 ST HERBLAIN.

Renseignements de l'enfant

NOM : Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Age : Sexe : F M

École :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires Oui Non
Précisez :

Votre enfant a-t-il besoin d'un régime alimentaire spécifique
pour raison médicale : Oui Non
Précisez :

Pour toute allergie alimentaire, l'enfant souhaitant déjeuner sur un temps périscolaire ou extrascolaire (hors séjours),
aura comme repas servis, au choix de la famille (*Obligatoire : cochez la case correspondant à votre choix*) :

- Un panier repas fourni par la famille
 - Un repas « Orédia » adapté à l'allergie fourni par la Société Médiarest
- (Modalités de fonctionnement et réservations précisées dans la note ci-jointe)**

Votre enfant souffre-t-il d'allergies médicamenteuses ou autres ? Oui Non
Précisez :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
Précisez :

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.

Je soussigné, 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

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant.

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

Date et Signature du représentant légal de l'enfant :

Le :

Signature :

Cadre réservé à la Direction de l'Éducation

Reçu le :
Visé le :
Validé le :

Parties prenantes et personne à contacter en cas d'urgence

Les parents ou représentants légaux

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Civilité (<i>case à cocher</i>)	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom et prénom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin référent de l'enfant

Nom et prénom	
Adresse	
Téléphone	

Le médecin spécialiste référent de l'enfant

Nom et prénom	
Adresse	
Téléphone	

Besoins et aménagements spécifiques pour l'enfant

➤ Les activités

Recommandations particulières :

- Matériaux à ne pas utiliser (préciser)
- Contre-indication, réserve ou inaptitude liée à une activité physique sportive (préciser)
- Autres (préciser).....

➤ Le transport et les déplacements

.....

.....

➤ Autres aménagements ou besoins spécifiques (nuitées en séjour...) à détailler

.....

.....

Date et Signatures des parties prenantes

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.

Responsable légal 1 : Date : Signature :

Responsable légal 2 : Date : Signature :

Pour le Maire ou son représentant : Date :
Signature :

Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Trouble de la santé :

Composition de la trousse d'urgence à donner au responsable

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

Lieu de stockage de la trousse :

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

Date et signature et cachet du médecin référent :

Noter dans le cahier d'infirmier la date, l'heure d'apparition des signes d'appel, l'heure d'administration des médicaments donnés et la dose administrée. Rester à côté de l'enfant en attendant les secours.

ANNEXE

L'organisateur de l'accueil de l'enfant

Pour le maire ou son représentant	MERCIER Tiphaine, Directrice de l'éducation
Adresse	Direction de l'éducation – 2 rue de l'Hôtel de ville - BP 50167 44802 Saint Herblain Cedex
Téléphone	02 28 25 26 00

Responsables des services organisateurs des activités :

Secteur NORD : Monsieur PEZOT Benoit – Tél 02.28.25.26.49
Secteur EST : Monsieur KASPRZAK Sébastien – Tél 02.28.25.26.48
Secteur CENTRE : Madame FERON Rachel – Tél 02.28.25.20.59
Secteur BOURG : Madame BERTHOU Laetitia – Tél 02.28.25.26.47

Pour tous les enfants concernés

➤ Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence.
Les trousse 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 le responsable et le service en cas de changement de la prescription médicale.

➤ En cas de déplacement hors de la structure d'accueil

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document

➤ En cas de changement du directeur (trice) et/ou de l'assistant sanitaire

- Faire suivre l'information de façon prioritaire pour respecter la continuité des soins