



**Projet d'Accueil Individualisé**  
**Accueil de loisirs sans hébergement**  
Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003  
(Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

**Année scolaire 2020-2021**

**Renseignements de l'enfant**

NOM :

Prénom :

Adresse :

Né(e) le :

Age :

Sexe :

F

M

Ecole :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ? :

Oui

Non

Précisez : .....

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 :**

## **Parties prenantes et personne à contacter en cas d'urgence**

### **Les parents ou représentants légaux**

	Monsieur	Madame
Nom et prénom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

### **Le médecin référent de l'enfant**

Nom et prénom	
Adresse	
Téléphones	

### **Le médecin spécialiste qui suit l'enfant**

Nom et prénom	
Adresse	
Téléphones	

### **L'organisateur de l'accueil de l'enfant**

Pour le maire ou son représentant	CHOPIN Marie-Agnès, Directrice de l'éducation
Adresse	Direction de l'éducation – Hôtel de ville BP 50167 – 44800 Saint Herblain
Téléphone	02 28 25 26 00

### **La responsable du Service activités éducatives périscolaires et extrascolaires**

Nom et Prénom	Agnès Langer
Adresse	Direction de l'éducation – Hôtel de ville BP 50167 – 44800 Saint Herblain
Téléphone	02 28 25 26 11

## **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

## **Besoins et aménagements spécifiques pour l'enfant**

### ➤ **Les activités**

Recommandation particulière :

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 à détailler**

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

## **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

### **Date et Signatures du PAI :**

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Pour le Maire ou son représentant :

# 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.*

Antihistaminique :

Corticoïdes :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Matériel médical :

Autres :  
-  
-

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
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Autres Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir

Date et signature du médecin référent

**Noter dans le cahier d'infirmierie 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**