



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

INSCRIPTION PERISCOLAIRE & ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH)

Année Scolaire : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fiche à remplir en cas d'allergie, régime alimentaire ou situation médicale particulière

## ENFANT CONCERNÉ PAR LE PAI :

NOM - Prénom	Date de naissance	Classe à la rentrée

## PARENTS DE L'ENFANT :

Père (ou représentant légal) : .....

Adresse : .....

Téléphone / domicile : ..... Téléphone / travail : .....

Mère (ou représentant légal) : .....

Adresse : .....

Téléphone / domicile : ..... Téléphone / travail : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

### Motif des conditions d'accueil individualisées :

Allergies\* (préciser) - alimentaire : ..... autre : .....

Pathologie ou contre-indication médicale\* (préciser) : .....

\* Certificat médical du : ..... / ..... / ..... (obligatoire)

Restriction alimentaire (préciser) : .....

### Détails des conditions d'accueil individualisées : (à remplir avec le médecin traitant)

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

### COORDONNEES DU MÉDECIN TRAITANT :

Docteur : ..... Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse : .....

.....

## RÉGIME ALIMENTAIRE

Les paniers repas pourront être fournis par les parents dans certains cas d'allergie alimentaire, dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

## TRAITEMENT MÉDICAL / PROTOCOLES DE SOINS

Nature des soins : .....

Nom du médicament : .....

*Le personnel de la Commune n'est pas habilité à dispenser de soins médicaux, à l'exception des soins d'intervention relatifs aux prestations de Prévention et Secours Civiques de niveau 1.*

*En cas de prise de médicaments ou autre protocole de soins : les parents veillent à en informer le médecin pour les soins s'effectuent le matin et ou le soir à la maison. Dans le cas contraire, la commune se réserve le droit de refuser la prise en charge de l'enfant **pendant toute la durée du traitement.***

## PROTOCOLE D'URGENCE

*A remplir par le médecin :*

- Signes nécessitant l'appel des secours d'urgence : .....

- Symptômes visibles : .....

- Mesures à prendre dans l'attente des secours : .....

**RAPPEL Numéros d'urgence : SAMU : 15 ou 112 par portable**

## SIGNATAIRES DU PROJET

Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant :

- déclare avoir établi ce protocole conjointement avec le médecin traitant et conformément aux éléments médicaux connus à ce jour,
- m'engage à communiquer à la Mairie toute évolution de l'état de santé de mon enfant ou tout changement dans son traitement ou ses protocoles de soins,
- accepte que, dans l'éventualité où la lourdeur de ce protocole serait incompatible avec un accueil dans de bonnes conditions de sécurité, celui-ci soit l'objet d'un refus.

A Damprichard, Le .....

Signature des parents :  
*précédée de la mention « Lu et approuvé »*

Signature du médecin traitant :

Signature du représentant de la collectivité :  
Le Maire, Anthony MERIQUE.

Signature de la responsable du périscolaire :