

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

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 prochaine 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, nature du handicap ou de la 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 la durée du traitement** si celui-ci compromet les conditions de sécurité de son accueil et/ou de l'accueil d'autres enfants.*

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 fasse 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 :