



Madame, Monsieur,

Vous avez indiqué que votre enfant présente une allergie ou une pathologie pouvant nécessiter un traitement ou des soins durant les temps Péri et Extra Scolaires (incluant la Cantine). Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Pour cela je vous demande de bien vouloir :

- Compléter le dossier ci joint avec le médecin traitant ou le spécialiste qui suit votre l'enfant (Attention le médecin prescripteur doit être le signataire du dossier)
- Joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence.
- Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence au nom de l'enfant contenant les médicaments et de veiller à les renouveler.

(Attention pour les PAI alimentaires fournir une 2ème trousse pour la cantine.)

Suite à cela nous conviendrons d'un rendez-vous, afin que vous puissiez me remettre tous ces éléments en main propre, et nous pourrons ainsi nous entretenir sur la prise en charge de votre enfant.

- Si votre enfant avait jusque-là un PAI mais qu'il n'est plus nécessaire à ce jour, merci de nous faire parvenir un courrier du médecin traitant ou du spécialiste précisant que la reconduction n'est pas utile.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements.

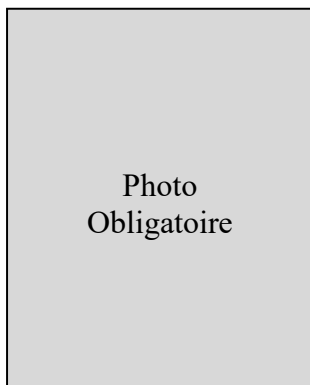
IMARACHEN Rachid  
Directeur des ALSH ville de Sènas  
06 18 62 16 85  
rachid.imarachen@senas.fr

**Projet d'Accueil Individualisé**  
**(À remplir par la Famille et le Médecin traitant ou le Spécialiste)**

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (BO n° 34 du 18/09/2003)  
Circulaire restauration scolaire n° 2011-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

**Enfant Concerné**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....



**Adresse :** .....

.....

**Date de Naissance :** .....

**Age :** ..... **Sexe :** .....

**École Fréquentée :** .....

**Classe :** .....

**Période de validité du PAI, Année :** ..... (valable 1 an)

Date du 1er PAI : .....

*La décision de révéler des informations médicales 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 ..... père, mère, 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 .....

Tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans les structures d'accueil : temps périscolaire et extrascolaire (incluant la cantine).

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

**Signature du représentant légal :**

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

**Date de la Signature PAI :**

**Signatures :**

Directeur des ALSH

Médecin Traitant / Spécialiste

Maire ou son représentant

## Structures Fréquentées

### Mairie de Sénas

- ALSH Extrascolaire Bulle Aérée (*Primaire vacances Scolaires*)  
*Avenue des Jardins*
- ALSH Extrascolaire Fun en Bulle (*Maternelle vacances Scolaires*)  
*Ancienne école marcel pagnol*
- ALSH Péri Scolaire Primaire (*incluant Matin, Midi, Soir, Mercredi*)
- ALSH Péri Scolaire Maternelle (*incluant Matin, Midi, Soir, Mercredi*)

Responsable de la Structure : ..... Tel : .....

Référente adjointe sur la Structure : ..... Tél : .....

## Personnes à Prévenir

### ➤ Les Urgences

Le **15** d'un téléphone Standard

Le **112** d'un Téléphone Portable

### ➤ Les Parents ou Représentants Légaux

	Monsieur	Madame
Nom Prénom		
Tel Domicile		
Tel Portable		
Tel Travail		

### ➤ Le Médecin Traitant (*qui suit l'enfant*)

Nom Prénom	
Adresse	
Téléphone	

### ➤ Le Spécialiste, Allergologue (*qui suit l'enfant*)

Nom Prénom	
Adresse	
Téléphone	

## Pour tous les enfants concernés

La trousse d'urgence est fournie par les parents et doit contenir :

- Indiquer l'endroit où est déposée la trousse d'urgence.....
- Un double de ce document.
- Les médicaments prescrits par le médecin, et il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- L'ordonnance médicale correspond aux médicaments fournis.
- **Une Photo Supplémentaire pour mettre sur la trousse.**
  
- Les parents s'engagent à informer la responsable des structures en cas de changement de la prescription médicale.
  
- ✓ **En cas de déplacement, sorties et activités occasionnelles.**
  - La trousse d'urgence suivra l'enfant lors des sorties ou déplacements éloignés de la structure.
  - Le personnel de la structure d'accueil ou intervenant occasionnel qui encadrerait l'enfant, seront informés de l'existence du PAI et l'appliqueront.
  - Faire suivre l'information de façon prioritaire.
  - Ces temps sont placés sous la responsabilité du Maire, il est important d'assurer le meilleur suivi d'information

## Besoins spécifiques de l'enfant

Pour tous PAI alimentaire

Repas :

- Paniers repas seuls autorisés (Article 19 du Règlement Intérieur), fournis par les parents.

Goûter :

- Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par les parents.

Activités Manuelles :

*Une attention particulière doit être portée à la manipulation de :*

- Fruit à coques  
 Pâte à modeler  
 Pâte à Sel  
 Autres : .....

Autres Aménagements :

Préciser, détailler : .....

.....

## Protocole de soins d'urgence

A remplir par le médecin traitant ou spécialiste qui suit l'enfant

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Classe : ..... Sexe : .....

Structure :      Extrascolaire      Péri Scolaire Primaire      Péri Scolaire Maternelle

### **Pathologie qui occasionne la demande du PAI :**

.....

Composition de la trousse d'urgence à remettre en main propre à la responsable des structures :

- ✓ Le PAI avec la photo de l'enfant + une pour la trousse.
- ✓ L'ordonnance détaillée pour les soins.
- ✓ Les médicaments correspondant à la prescription avec les accessoires nécessaires.

Antihistaminique

Adrénaline injectable

Corticoïdes

Valium

Broncho-dilatateur

Autres : .....

### **Dès les premiers signes :**

**Prévenir les parents, Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable)  
si besoin appeler le médecin traitant ou le spécialiste et pratiquer :**

Situation / Réaction	Signes / Symptômes	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme 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	

*Noter la date et l'heure des premiers symptômes, ainsi que les médicaments donnés.*

*Rester à côté de l'enfant.*

**Date :**

**Signature et cachet du Médecin ou Spécialiste :**