

**Direction Petite Enfance, Enfance, Jeunesse**

**Protocole d'Accueil Individualisé 2024/2025**

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Adresse postale :	
Date de naissance de l'enfant :	

Le PAI concerne les enfants atteints de troubles de santé (pathologie chronique, allergies, intolérance alimentaire ...)

Ce document écrit élaboré à la demande de la famille ou à l'initiative de la collectivité avec l'accord de la famille permet de préciser les adaptations à adopter à la vie de l'enfant en collectivité. (Régime alimentaire, aménagement d'horaires, dispenses d'activités, besoins thérapeutiques activités de substitution)

Il peut être reconduit d'une année sur l'autre, ou revu et adapté en fonction de l'évolution de la pathologie.

- Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08 septembre 2003 relative à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de santé (Bulletin Officiel n°34 du 18 septembre 2001)
- Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25 juin 2001 (BO Spécial n°9 du 28 juin 2001)
- Circulaire n° 2002-004 du 3 janvier 2002 relative à la sécurité des aliments

Je soussigné, .....responsable(s) légal(aux), demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour :

- La raison médicale suivante : .....
- A partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur : .....

- autorise(nt) que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil.

- demande (nt)à ces personnels de pratiquer les gestes d'urgence et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

- m'engage(nt) à signaler, auprès de la direction de la structure d'accueil, tout changement lié à ce PAI et à l'actualiser.

Date et signature(s)
----------------------

Nom et prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Structure d'accueil	
Adresse postale de la structure	
Responsable de la structure	
Numéro de téléphone de la structure	

### Personnes à prévenir

#### URGENCES

SAMU	15
Numéro d'urgence européen	112
POMPIERS	18

#### Responsables légaux

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom et prénom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

#### Médecin traitant qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

#### Médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	

Téléphone	
-----------	--

**Autres professionnels qui suivent l'enfant (orthophoniste, kinésithérapeute...)**

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Nom	
Adresse	
Téléphone	

**Besoins spécifiques de l'enfant**

Besoins	Restrictions /points de vigilance	Préconisations /Aide nécessaire
Alimentation		
Sommeil		
Activités d'arts plastiques ou créatives		
Activités en extérieur		
Activités de manipulation		
Mobilité /Trajets		
Autres aménagements		
Soins sur les temps d'accueil		

## Protocole de soins d'urgence A remplir par le médecin qui suit l'enfant

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

**ALLERGIE / PATHOLOGIE :** .....

**Dès les premiers signes, prévenir les secours (15 / 112 / 18) puis les parents.**

**Parallèlement, suivre les conduites à tenir :**

Situation	Signes d'appel	Conduites à tenir
Urticaire aigu	Démangeaisons, boutons comme piqures d'orties, plaques rouges mobiles	
Conjonctivite / rhinite	Yeux rouges, gonflés, larmoiement Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou autre	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée	
Crise d'asthme	Gêne respiratoire, toux, sifflements audibles, l'enfant se plaint de difficultés respiratoires	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée, gêne respiratoire, gonflement des lèvres/visage/langue/gorge, signes d'asphyxie	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, plaques, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissement, perte de connaissance	
Autres :	_____	
Autres :		

**Noter la date et l'heure des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'enfant.**

## Trousse d'urgence

Composition de la trousse d'urgence (l'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments est jointe à ce protocole)

Antihistaminiques : corticoïdes :  
Bronchodilatateurs : adrénaline injectable :  
Autres :

- La trousse d'urgence est fournie par les responsables légaux
- Cette trousse doit être nominative et doit contenir un double de ce protocole et l'ordonnance détaillée pour les soins. Elle suivra les déplacements éventuels de l'enfant en cas de sortie.
- Les responsables légaux fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier les dates de péremption et de les renouveler s'ils sont périmés
- Les parents s'engagent à informer la direction de la structure en cas de changement de la prescription médicale

## Pour les enfants ayant une allergie alimentaire

Pour toutes allergies alimentaires, les responsables légaux s'engagent à fournir un panier repas transmis dans un sac isotherme ou une glacière identifiée au nom de l'enfant avec

- La totalité des composants du repas y compris le pain et l'assaisonnement
- La totalité des composantes du goûter si besoin
- Les boîtages hermétiques destinés à contenir les aliments, identifiés au nom de l'enfant et compatibles avec un réchauffage au micro-onde.
- Les couverts et vaisselle selon la recommandation médicale

Annexe 1 : fiche panier repas à destination des familles

Annexe 2 : procédure de prise en charge du panier repas par les professionnels (réception, réchauffage et service à table).

## Signature du projet d'accueil individualisé

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

Date, cachet et signature du médecin	Signature du ou des responsables légaux
--------------------------------------	---

Date et signature du responsable de proximité	Signature de la Direction Petite Enfance, Enfance Jeunesse
---	--

Signature de l' élu représentant la collectivité

Valérie DUREUIL  
Vice-présidente