# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

## Accueil de loisirs/Périscolaire

## « Les Mikados»

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

| ENFANT | |
|---|---|
| NOM : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Date de naissance : | Lieu : |
| Classe : | Sexe : |

| PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE TROUBLES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOM/Prénom | Parenté | Adresse | Tél portable | Tél pro |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALLERGIES |
|---|
| ***Rappel des éléments allergisants :*** |
| **AUTRES PROBLEMES NECESSITANT UN ACCUEIL INDIVIDUALISE** |
| |

Je soussigné(e)……, père, mère, 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 dans l'établissement d'accueil.

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

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.

Date et signature :

## PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT

| Description des premiers signes d'alerte | Conduite à tenir | Action complémentaire en cas d'aggravation |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

| BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT |
|---|
| *Repas au périscolaire (cocher la mention retenue) :*<br>□ Non autorisé<br>□ Panier repas fourni par les parents<br>□ Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)<br>□ Autre (préciser) |
| *Les goûters :*<br>□ Goûters habituels autorisés<br>□ Consommation des goûters habituels avec éviction simple<br>□ Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par les parents |
| *Les activités d'arts plastiques :*<br>Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :<br>□ Fruits à coque, arachides<br>□ Pâtes à modeler<br>□ Pâtes à sel<br>□ Autre (préciser) |
| Autres aménagements (à détailler) : |

***Composition de la trousse d'urgence fournie par les parents :***

**1)** **4)**

**2)** **5)**

**3)** **6)**

| *MEDECIN TRAITANT* |
|---|
| Nom : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

Date : Cachet et signature du médecin traitant :