Projet D'Accueil Individualisé

Périscolaire et Accueil de loisirs « Les Ouistitis » Blotzheim

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)

La décision de révéler des informations médicales couvertes 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. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Enfant	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance :	Lieu :
Classe :	Sexe :
ELEMENTS ALLERGISANTS:	
Année scolaire du 1er PAI :	PAI reconduit pour l'année scolaire : - - -

Personnes à prévenir en cas de trouble				
NOM et Prénom	**Lien de parenté**	**Adresse**	**Téléphone portable**	**Téléphone professionnel**

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 À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT

Médecin traitant		
Nom :	Adresse :	Téléphone :

Rappel des éléments allergisants :

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

1) 4)

2) 5)

3) 6)

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) :

□ Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
□ Non autorisé
□ Panier repas fourni par les parents
□ Autre (préciser)

Les goûters :

□ Goûters habituels autorisés
□ Consommation des goûters habituels avec éviction simple
□ Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par les parents

Les activités d'arts plastiques :

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :
□ Fruits à coque, arachides
□ Pâtes à modeler
□ Pâtes à sel
□ Autre (préciser)

Autres aménagements (à détailler) :

Date: Cachet et signature du médecin traitant: