LE PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

(PAI)

PHOTO OBLIGATOIRE

Le PAI concerne les enfants ayant un handicap ou une pathologie chronique nécessitant des soins ou une surveillance particulière (exemple : une allergie grave nécessitant des conduites spécifiques telles qu'une éviction alimentaire ou un geste d'urgence).

STRUCTURE D'ACCUEIL : .....……

L'enfant :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Personnes à prévenir :

À compléter par les parents ou le représentant légal de l'enfant

	Représentant 1	Représentant 2
Domicile		
Portable		
Travail		
Médecins de l'enfant		
NOM :		
NOM :		

Document à compléter par le médecin prescripteur

Raisons motivant le PAI :

…… …… Traitement régulier : …… ……

Signes cliniques à surveiller :

	Conduite à tenir		
	Consignes	**Médicaments**	**Personnes à prévenir**
Signes cliniques mineurs nécessitant une surveillance plus attentive.			
Signes cliniques nécessitant des mesures à prendre en cas d'urgence			

Médicaments à administrer par les professionnels de l'établissement après avis du responsable :

Nom	Posologie	Voie d'administration	Conservation du traitement

Dispositions et précautions particulières à prendre

Horaires ou formules d'accueil adaptés : ……..

Lieu de repos ou de sommeil : ..…….....

Régime alimentaire : ……...……..

Déplacements en dehors de l'établissement *(contre-indications ou précaution en cas de sortie*) : ……

Autres : ……

Date : …….....……

Signature du médecin :

À fournir par les parents ou le représentant légal :

- L'ordonnance de prescription au présent protocole.
- Tout document et/ou toute information utile(s) à la prise en charge de l'enfant.
- Médicaments si prescription par le médecin
- Panier repas si nécessaire selon le PAI

Ce protocole sera réactualisé chaque année et en cas de modification du traitement.

Nous soussignons……...……...……,

parents ou responsable légal de l'enfant……..……...……,

demeurant……

- Reconnaissons avoir été informé des risques encourus par notre enfant en collectivité, du fait de sa pathologie, pour laquelle un protocole d'accueil individualisé (PAI).

- Autorisons les personnes habilitées de l'accueil de loisirs à administrer à notre enfant le traitement présent dans le PAI.

Fait à : …….....……, le ……

Signature des parents ou du représentant légal

Signatures des personnes concernées :

Le : …….....…….
L'assistant sanitaire

Le : .....…….
Le directeur de la structure d'accueil

Le : …….
L'autorité territoriale *(élu de secteur)*