



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Services Périscolaires et Extrascolaires

L'ENFANT CONCERNÉ

- NomPrénom

- Nom des parents ou du représentant légal

- Date de naissance / /

- Adresse

.....

.....

Téléphone domicile : / / / /

Travail : / / / /

Portable PERE : / / / /

Portable MERE : / / / /

1 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

- Les parents.

.
.

- Le responsable de la collectivité.

.
.

- Le médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité.

.
.

- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie.

.
.

- Le service hospitalier.

.
.

2 - Besoins spécifiques de l'enfant

.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.

UNIQUEMENT pour la nécessité d'un régime alimentaire

3 - Prise en charge :

.....
.....

5 - Lieu d'intervention et horaires :

.....
.....

7 - Régime alimentaire

(selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

. Paniers repas

. Autre : (à préciser)

8 - Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI

à faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil

- Signes d'appel :

- Symptômes visibles :

Mesures à prendre dans l'attente des secours :

.....
.....

9 - Référents à contacter

Appels : (Numéroter par ordre de priorité)

. Parents ou tuteur, Tél. domicileTél. travail

. Médecin traitant Tél.

. Médecin spécialiste Tél.

. SAMU: 15 ou 112 par portable

. Pompiers :

Service hospitalierTél

Signataires du projet

-Les parents ou représentant légal

Date :

-Les personnels de santé

Date :

-Le représentant de la municipalité.

Date :