



# **PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**

## **Services Périscolaires et Extrascolaires**

### **L'ENFANT CONCERNÉ**

- Nom .....Prénom .....

- 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. domicile .....Tél. travail . . . . .**

**. Médecin traitant . . . . . Tél. . . . .**

**. Médecin spécialiste . . . . . Tél. . . . .**

**. SAMU: 15 ou 112 par portable**

**. Pompiers : . . . . .**

**Service hospitalier . . . . .Tél . . . . .**

**Signataires du projet**

**-Les parents ou représentant légal**

**Date :**

**-Les personnels de santé**

**Date :**

**-Le représentant de la municipalité.**

**Date :**