

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

INTRODUCTION

LES OBJECTIFS :

Le projet d'accueil individualisé permet l'accueil d'un enfant dont l'état de santé nécessite un accompagnement spécifique

LA LEGISLATION :

Selon les textes (circulaire n°99 – 181 du 10 novembre 1999), il s'agit de :

**« DE TOUT METTRE EN ŒUVRE POUR
EVITER L'EXCLUSION ET L'ISOLEMENT
DANS LESQUELS LA MALADIE PEUT PLACER L'ENFANT... »**

LA VALIDITÉ : le P.A.I. est à réactualiser tous les ans

L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

Nom des parents ou représentant légal :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

COLLECTIVITÉS D'ACCUEIL :

- Etablissement d'accueil de la Petite Enfance
- ALSH
- Centre de vacances
- Autre (préciser)....

COORDONNEES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT :

	nom	Téléphone / portable
Parents		
Directeur /Etablissement		
Gestionnaire de la collectivité		
Médecin/ Etablissement		
Infirmière/ Etablissement		
Personne chargée du suivi sanitaire		

MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT DANS LE CADRE DE SA PATHOLOGIE

Nom :
Prénom :
Téléphone :

Le service hospitalier :

Le responsable de la restauration collective :

Autres :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

- Horaires adaptés :
Préciser :
- Salle au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Mobilier adapté
Préciser :
- Lieu de repas
Préciser :
- Aménagement des sanitaires
- Conditions pour les activités :
 - Activités manuelles (graines, pâte à modeler, objets coupants...)
 - Activités physiques et sportives (selon l'avis du médecin)
préciser :
 - Autres activités (ordinateur, TV, cinéma, sorties à l'extérieur)
Préciser :
- Aménagement lors des déplacements (veiller à ce que l'enfant ait toujours sa trousse d'urgence)
- Nécessité d'un régime alimentaire (remplir annexe 1)
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène
- Local garantissant la discrétion pour la kinésithérapie ou les soins
- Nécessité de prise en charge en orthophonie sur le temps d'accueil
- Aménagement des transports
Préciser :

Rappel d'hygiène : les jeunes malades risquent plus que d'autres de nombreuses infections
→ être vigilants au lavage des mains, des sanitaires et à la désinfection des jouets
→ éviter les eaux stagnantes (aquarium, eau des vases...)

PRISE EN CHARGE MEDICALE COMPLEMENTAIRE

- Intervention d'un soignant (kiné, infirmière...)

Préciser : - Coordonnées

- Lieu de l'intervention, heure/jours

TRAITEMENT MEDICAL (selon l'ordonnance)

Nom du médicament :

Doses :

Mode de prise :

Horaires :

Lieu de rangement :

TROUSSE D'URGENCE

Composition

Lieu de rangement (sur l'enfant ou autre)

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE - QUI SERA JOINT AU P.A.I.

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

- SIGNES D'APPEL (peuvent être dissociés ou associés) :

- SYMPTOMES VISIBLES

- MESURES A PRENDRE DANS L'ATTENTE DES SECOURS

- INFORMATIONS A FOURNIR AU MEDECIN D'URGENCE (à déterminer avec le médecin traitant)

REFERENTS A CONTACTER :

	Téléphone	portable
<input type="checkbox"/> Parents ou tuteurs		
<input type="checkbox"/> Samu	 15 ou 112	
<input type="checkbox"/> POMPIERS	 18	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant		
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste		
<input type="checkbox"/> service hospitalier		

SIGNATAIRES DU PROJET :

Les parents ou représentant légal Fait à le	Le responsable de l'établissement Fait à Le	Le médecin Fait à Le	Le responsable de la restauration collective Fait à
Les personnels de santé (kiné, infirmière) Fait à Le	Le représentant de la municipalité (ou autre gestionnaire) Fait à Le	Le personnel chargé du suivi sanitaire Fait à Le	Autre personne Fait à Le

- Les signataires ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.
- Nb : le PAI est à réactualiser tous les ans

ALIMENTATION

- **Il est demandé aux parents d'éduquer leur enfant à n'utiliser que les aliments qui lui sont destinés, à reconnaître les aliments interdits (quand l'âge le permet)**

EVICITION TOTALE DE L'ALIMENT :

- **Joindre la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie**

- panier repas des parents
- repas de la collectivité avec éviction simple (contrôle des menus par les parents)
- collations supplémentaires (fournies par la famille – horaires à préciser)
- suppléments caloriques (fournis par la famille)
- possibilité de se réhydrater
- autres à préciser :

↪ **La table de cantine doit être soigneusement nettoyée après la prise de repas**

↪ **Le lavage des mains de l'enfant doit être systématique**

LE PANIER REPAS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

.....

père, mère, représentant légal, 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**

Nom prénom

Téléphone

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnes en charge de mon enfant au sein de l'**Etablissement**

Nom

Adresse

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

Fait à
Le

Signature