

**Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)
Année scolaire 2021- 2022**

Le P.A.I. est individualisé à chaque pathologie et n'inclut que ce qui est indispensable à l'enfant concerné.

Il est actualisé chaque année.

Aucun diagnostic médical ne doit apparaître sur ce document.

Avec l'accord de la famille, toutes les informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées, avec l'accord des parents, au médecin désigné par la collectivité qui accueille ou prend en charge l'enfant.

1 - Enfant concerné :

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Nom des parents (ou détenteurs

de l'autorité parentale)

Adresse

.....

.....

Téléphone domicile

Téléphone travail

Ecole fréquentée maternelle du Crétêt maternelle du Crozet

élémentaire du Château collège J.-Jacques Gallay

autre

Classe

Enseignant

*CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR
(À LUI FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT)*

2 - Protocole en cas d'urgence, qui sera joint au P.A.I. :

Signes d'appel :

.....
.....
.....
.....

Symptômes visibles :

.....
.....
.....
.....

Mesures à prendre dans l'attente des secours :

.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature du médecin

3 - Référents à contacter :

SAMU 15 ou 112

Parents / détenteurs A.P.

Téléphone domicile

Téléphone travail

Médecin traitant

Téléphone

Médecin spécialiste

Téléphone

Service hospitalier

Téléphone

Sapeurs-Pompiers

18 ou 112

4 - Besoins spécifiques de l'enfant :

- horaires adaptés préciser
- mobilier adapté préciser
- lieu de repos préciser
- aménagement des sanitaires préciser
- nécessité d'un régime alimentaire
- local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- local pour la kinésithérapie ou les soins
- aménagement des transports (éviter les trajets trop longs et les transports mal adaptés)
- autre préciser

5 - Prise en charge complémentaire médicale :

intervention d'un kinésithérapeute (coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours) :
.....
.....

intervention d'un personnel soignant (coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours) :
.....
.....

6 - Traitement médical :

selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté au médecin de la collectivité

Nom du médicament :

.....
.....

Doses, mode de prise et horaires :

.....
.....
.....

Toute modification de médicament(s), des doses prescrites ou du mode d'administration doit être signalée immédiatement à l'école ⇒ il en va de la santé de l'enfant.

7 - Régime alimentaire :

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

- paniers repas
- suppléments caloriques (fournis par la famille)
- collations supplémentaires (fournies par la famille) - horaires à préciser :
.....
- possibilité de se réhydrater en classe
- autre préciser

8 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant :

Les parents :

.....

Le responsable de la collectivité :

.....

Le médecin et l'infirmier/infirmière de la collectivité :

.....

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

.....

Le service hospitalier :

.....

9 - Destinataires du projet :

Dans tous les cas :

Direction Générale des Services de la Mairie

+ selon les cas :

école maternelle du Crétêt (direction), le

école maternelle du Crozet (direction), le

école élémentaire du Château (direction), le

crèche du Crétêt (direction), le

restaurant scolaire du Crétêt (agent responsable), le

restaurant scolaire du Crozet (agent responsable), le

restaurant scolaire du Château (agent responsable), le

service animation (agent responsable), le

+ clae

île aux enfants

serpentins

service des sports (agent responsable), le

école de musique (agent responsable), le

service régies-facturation (agent responsable), le

autre (préciser) :

10 - Signataires du projet :

Les parents ou détenteurs de l'A.P. :

Date

Nom et signature

L'enfant :

Date

Nom et signature

Le responsable du service d'accueil :

Date

Nom et signature

Les personnels de santé :

Date

Nom et signature

Le représentant de la municipalité :

Date

Nom et signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Société Berger-Levrault dans le but d'administrer la fréquentation de nos services. Elles sont conservées pendant l'année scolaire ou la durée effective de l'inscription et sont destinées aux responsables de services ainsi qu'au service facturation. Conformément aux lois « informatique et liberté » et « RGPD » vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant le délégué à la protection des données : Société Optimex data, 02 rue de l'Industrie - 38 760 Varcis - mail contact@optimex-data.fr - téléphone 09 71 16 15 42.