

PERSONNES À PRÉVENIR

Les urgences : depuis un téléphone fixe : 15
depuis un téléphone portable : 112

Les parents ou représentant légaux

Qualité (père-mère-tuteur...)		
NOM		
Adresse mail		
N° de téléphone mobile		
N° de téléphone professionnel		
N° de téléphone domicile		

Médecin spécialiste prescripteur

NOM	Adresse	Téléphone

Médecin traitant

NOM	Adresse	Téléphone

POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES :

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
(1 pour le site périscolaire et 1 pour l'accueil de loisirs)
 - Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double du PAI signé.
 - Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
 - Les parents s'engagent à informer le service enfance en cas de changement de la prescription médicale par mail (enfance@jouylemoutier.fr) ou par téléphone (01.34.41.65.04).

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)



PERISCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS

2025/2026

ENFANT CONCERNÉ (joindre obligatoirement une photo)

NOM :	Age :
Prénom :	Sexe :
Adresse :	École fréquentée :
Date de naissance :	Classe :

Année scolaire du premier PAI :

Je soussigné(e) père, mère, responsable 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 :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnes en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : Temps périscolaire (accueil pré et post scolaire, temps de restauration) et Accueil de loisirs.

J'autorise ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date et signature du représentant légal

Partie réservée à l'administration

Le responsable périscolaire

le directeur de
l'accueil de loisirs

le Maire ou son représentant

PAI ALIMENTAIRE – voir protocole joint

ALLERGIES IDENTIFIEES (cocher la mention retenue)

Type d'allergie	Degré de sensibilité		
	Total	Partiel	Contact
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Restauration scolaire et accueil de loisirs (déjeuner et goûter)

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés

Activités

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- fruits à coque, cacahuètes (arachide)
- pâte à modeler
- pâte à sel
- autres (préciser) :

PROTOCOLE A ETABLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (généraliste ou spécialiste)

Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir <i>(position de l'enfant, médicaments, personne à prévenir)</i>
Signes mineurs : <i>(nécessitant une surveillance plus attentive)</i>	
Signes majeurs : <i>(nécessitant des mesures à prendre en urgence)</i>	

TROUSSE D'URGENCE :

Nom	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement

En cas de déplacement :

- Informer les personnels de structure d'accueil de l'existence du PAI et prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

PAI NON ALIMENTAIRE (*)

Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003

<input type="checkbox"/> affection métabolique héréditaire	<input type="checkbox"/> dyslexie, dysphasie, troubles du langage
<input type="checkbox"/> affection osseuse	<input type="checkbox"/> épilepsie
<input type="checkbox"/> affection respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> insuffisance rénale
<input type="checkbox"/> allergie autre qu'alimentaire	<input type="checkbox"/> intolérance alimentaire
<input type="checkbox"/> anaphylaxie non alimentaire	<input type="checkbox"/> leucémie
<input type="checkbox"/> arthrite chronique juvénile	<input type="checkbox"/> maladie de Crohn
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladies inflammatoires du tube digestif
<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> mucoviscidose
<input type="checkbox"/> cardiopathie	<input type="checkbox"/> myopathie et autres maladies dégénératives
<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> saturnisme
<input type="checkbox"/> drépanocytose	<input type="checkbox"/> syndrome d'immunodéficience humaine
<input type="checkbox"/> greffe de moelle et autre greffe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hémophilie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>

**(cette liste n'est pas limitative)*

DISPENSE D'ACTIVITE :

PROTOCOLE A ETABLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (généraliste ou spécialiste)

Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir <i>(position de l'enfant, médicaments, personne à prévenir)</i>
Signes mineurs : <i>(nécessitant une surveillance plus attentive)</i>	
Signes majeurs : <i>(nécessitant des mesures à prendre en urgence)</i>	

TROUSSE D'URGENCE :

Nom	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement