



## COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES - Accueils de Loisirs-

Madame, Monsieur

Votre enfant est atteint d'une maladie chronique qui peut nécessiter au cours de l'accueil de loisirs :

- Une prise de médicament quotidienne ou en urgence
- Des aménagements spécifiques
- La prescription d'un régime alimentaire

Nous vous invitons dès à présent à faire la demande d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). L'équipe éducative ainsi avertie peut s'organiser en fonction des besoins thérapeutiques de l'enfant suivant l'ordonnance récente (moins de 6 mois) signée par le médecin traitant ou le spécialiste qui le suit.

Le PAI est un document écrit qui précise la mise en œuvre de recommandations médicales pour l'année scolaire, il précise :

- Le traitement quotidien (administration des médicaments, transport et modalités de conservations)
- L'intervention en cas d'urgence (signes d'alertes, les mesures à prendre pour la mise en sécurité de l'enfant, le traitement à administrer, les personnes à prévenir)
- Le régime alimentaire (les mesures de prévention consistant à éviter tout contact avec les allergènes, à éviter les contaminations et respecter la chaîne du froid)
- Les aménagements spécifiques (l'organisation à prévoir en cas d'activité physique, de manipulation de certains matériaux ou d'intervention d'un spécialiste)

Le PAI (une fois complété) est à retourner au directeur de l'accueil de loisirs.

Le PAI rentre en vigueur une fois le protocole signé par l'ensemble des parties.

Coordinatrice des accueils de loisirs de la CC2V  
Mme Obertan Coralie



COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-

**Projet d'Accueil Individualisé 2022-2023**

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003(Bulletin Officiel n° 34 du 18/09/2003)  
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

**ENFANTCONCERNE**

Photo	<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
	<b>Adresse :</b>	
	<b>Date de naissance :</b>	<b>Age :</b>
	<b>Classe :</b>	<b>Sexe :</b>

Année du 1<sup>er</sup> PAI.....ou date d'établissement et validité.

PAI reconduit pour :.....

**La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux même astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin**

Je soussigné(e) ....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale ci-après. J'autorise les référents à mettre en œuvre le PAI. Je suis informé(e) que même si mon enfant fait l'objet d'une surveillance particulière, j'en reste le responsable unique.

Fait le

Signature du représentant légal :



**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-**

**Nom :**

**Prénom :**

Etablissement (siège) : **Accueils de loisirs de la CC2V  
23 rue de la Chapelle saint Blaise 91490 Milly-la-Forêt**

Mail : [coordination-enfance@cc2v91.fr](mailto:coordination-enfance@cc2v91.fr)

Tel : 01.81.00.00.14

**PERSONNES A PREVENIR**

**LES URGENCES :**

<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

**LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :**

<i>En annexe de la fiche sanitaire de liaison année civile</i>	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

**LE MEDECIN TRAITANT :**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

**LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :**

Nom	
Adresse	
Téléphones	



**COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DES 2 VALLÉES**  
**- Accueils de Loisirs -**

**Nom :**

**Prénom :**

**POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES :**

- **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin :**
  - Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
  - 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 l'institution en charge de l'enfant en cas de changement de la prescription médicale.
  
- **Pour les paniers repas :**
  - Les parents s'engagent à fournir la totalité du repas et du goûter (Pain et condiments inclus), les récipients et le sac isotherme avec pain de glace (« panier ») identifié au nom de l'enfant.
  - L'enfant ne pourra consommer que la prestation fourni par la famille. Les repas seront réchauffés au four à micro-onde. Les repas froids, goûters sont servis froids. Seules les personnes en charge de la surveillance de l'enfant peuvent réaliser les manipulations de consommation.
  - Les récipients et ustensiles feront l'objet d'un premier lavage sur place après le repas. L'ensemble sera placé dans le panier et repris par la famille. Ces paniers devront être nettoyés après chaque usage.
  
- **En cas de déplacement, scolaires ou sorties, séjours de vacances :**
  - Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
  - Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
  - Informer la famille en cas de pique-nique.
  - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement

*(Établir des annexes autant que nécessaire, d'une manière adapté et dynamique au suivi et la prise en charge de l'enfant)*



**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-**

**PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE :**

**Nom :**

**Prénom :**

- Traitement régulier**
- Traitement en cas d'urgence**

<b>Signes d'appel et Symptôme visibles (associés ou non)</b>	<b>Conduite à tenir</b>

PAI scolaire fourni : non ci-joint  
Ordonnance fournie : non ci-jointe

**Fait le**

**Cachet et signature du médecin**



**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-**

**PARTIE A REMPLI PAR LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE DE LOISIRS**

*(Partie à faire remplir à chaque vacance, en cas de changement de structure et à réactualiser)*

➤ **Les médicaments sont conservés pendant l'accueil de loisirs :**

.....

**TROUSSE D'URGENCE :**

<b>Nom</b>	<b>Posologie</b>	<b>Voie d'administration</b>	<b>Lieu de rangement</b>	<b>Date de péremption</b>

**Les médicaments sont récupérés par la famille : Oui**   
**Non**

➤ **Apport d'un panier repas et goûter pour tous les menus : Oui**   
**Non**

**Le transport des paniers devront respecter la chaîne du froid (0 à 10°)**  
**Dès l'arrivée dans la structure d'accueil, les paniers seront placés ou donnés :**

.....

➤ **Autres aménagements (à détailler)**

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

**PARTIE A REMPLI PAR LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE DE LOISIRS**



**COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-**

*(Partie à faire remplir à chaque vacance, en cas de changement de structure et à réactualiser)*

**SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES**

Les parties prenantes 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.

<b>FONCTION</b>	<b>Nom prénom</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>
<b>Directeur du centre</b>			
<b>Animateurs</b>			
<b>Responsable restauration</b>			
<b>Coordinatrice</b>			
<b>Président</b>			

**PAI Reçu le :**

**Transmis coordination le :**