



COMMUNAUTÉ  
DE COMMUNES  
DU VAL DE SULLY

Petite Enfance  
Enfance

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ en Accueil de Loisirs ANNEE 2021

Communauté de communes du Val de Sully  
28 route des Bordes, 45460 BONNEE  
02.38.35.05.58  
secretariat.enfance@valdesully.fr

## ENFANT CONCERNÉ :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

## OBJET DU PAI :

- Allergie alimentaire : .....
- Asthme
- Handicap physique : .....
- Autre (préciser) : .....

**NOM des parents ou du représentant légal (noter lien avec l'enfant) :**

.....

**Adresse :** .....

**CP / Ville :** .....

**Téléphone personnel :** .....

**Téléphone professionnel :** .....

**Mail (facultatif) :** .....@.....

**Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant**

**- Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie**

Nom ..... Prénom .....

Spécialité .....

Téléphone .....

**- Autre contact médical / paramédical pendant la période d'accueil :**

Nom ..... Prénom .....

Qualité .....

Téléphone .....

**BESOINS SPECIFIQUES**  
**A renseigner par le responsable légal**

<p><input type="checkbox"/> <b><u>Pour une allergie alimentaire</u></b>  <b>Régime alimentaire particulier (préciser):</b></p> <p><b>Restauration collective :</b>  <input type="checkbox"/> repas fourni par les parents  <input type="checkbox"/> menu habituel avec éviction simple :</p> <p><b>Goûters :</b>  <input type="checkbox"/> fourni par les parents  <input type="checkbox"/> goûter habituel avec éviction simple :</p> <p><b>Activités de cuisine :</b>          Une attention particulière doit être portée à la manipulation de :</p> <p><b>Autres aménagements :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b><u>Pour un autre type de PAI</u></b>  <b>Capacités relationnelles avec l'adulte / avec les autres enfants :</b>          Communique-t-il ? Si oui comment ?</p> <p><b>Autonomie / Propreté :</b></p> <p><b>Centres d'intérêts :</b></p> <p><b>Aménagements :</b>          Horaires d'accueil adaptés :</p> <p>Aménagement des activités physiques et sportives / dispense :</p> <p>Aménagement des transports :</p> <p>Besoin de matériel médical :</p> <p><b>Réserve, inaptitudes ou contre-indications :</b>          - Certaines choses déclenchent-elles des crises ?</p> <p>- Quels repères le sécurisent (lieu, personnes, objets...) ?</p> <p>Autres indications :</p> <p style="text-align: center;"><b>JOINDRE UN AVIS MEDICAL / PARAMEDICAL</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b><u>Pour une allergie respiratoire</u></b></p> <p>Aménagement des activités physiques et sportives / dispense :</p> <p>Besoin de matériel médical :</p> <p>Autres indications :</p>	

**Pour tous les enfants concernés par une médication :**

- Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin : elle est fournie par les parents et doit 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 la Communauté de communes du Val de Sully en cas de changement de prescription médicale.
- La trousse de secours et la copie du PAI sont à transporter en cas de sortie et l'information doit être transmise à tous les adultes présents dans la structure.

Je soussigné ....., en qualité de père / mère / représentant légal (barrez ou précisez) ..... demande pour (l'enfant)..... la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance de tous les membres du personnel en charge de mon enfant à l'Accueil de Loisirs et j'autorise ce personnel à pratiquer les gestes et à administrer les traitements prévus dans ce document.

Je m'engage à fournir le traitement de mon enfant et à le remplacer dès qu'il sera périmé.  
Je m'engage à communiquer tout changement dans le traitement.

Date : .....

Coche équivalent à la signature du représentant légal

Date :

Signature de la Chef de Service

- Les informations et documents recueillis via ce formulaire constituent un traitement de données à caractère personnel effectué par le service Petite Enfance / Enfance de la Communauté de communes du Val de Sully pour assurer le bon fonctionnement des services périscolaires et extrascolaires.
- 
- Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : agents de la structure accueillant votre(vos) enfant(s) et agents administratifs de la Communauté de Communes du Val de Sully. Les données sont conservées et archivées pendant 5 ans.
- 
- Conformément aux dispositions applicables en matière de protection des données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès à vos données et de rectification de celles-ci. Vous pouvez obtenir la limitation de leur traitement pour motif légitime.
- 
- Pour faire valoir vos droits, vous pouvez vous adresser au service de l'EPCI ou au délégué à la protection des données à [dpo@recia.fr](mailto:dpo@recia.fr). Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits sont méconnus, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

## PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

**A renseigner par le médecin qui suit l'enfant**

ALLERGIE A : .....

**Composition de la Trousse d'Urgence (déposée à l'Accueil de Loisirs) :**

- Antihistaminique :
- Corticoïdes :
- Broncho-dilatateur :
- Adrénaline injectable :
- Autres :

RAPPEL : **L'ordonnance** détaillée pour les soins et la liste de médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence doivent être **jointes en annexe**.

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
- <u>Mineurs</u> :	
⇒	
- <u>Majeurs</u> :	
⇒	

**Noter la date et l'heure des signes ainsi que les médicaments donnés et prévenir les parents et le SAMU si nécessaire (15 ou 112 sur portable)**

Date :

Signature et cachet du médecin :