**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**

**en Accueil de Loisirs**

**ANNEE ............**

**Communauté de communes du Val de Sully**

**28 route des Bordes, 45460 BONNEE**

**02.38.35.05.58**

**secretariat.enfance@valdesully.fr**

**OBJET DU PAI :**

* **Allergie alimentaire : …………………………….**
* **Asthme**
* **Handicap physique : ……………………………..**
* **Autre (préciser) : …………………………………..**

**ENFANT CONCERNÉ :**

**NOM : …………………………………………**

**Prénom : …………………………………….**

**Date de naissance : …………………….**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **c Pour une allergie alimentaire****Régime alimentaire particulier (préciser):****Restauration collective :**c repas fourni par les parentsc menu habituel avec éviction simple :**Goûters :**c fourni par les parentsc goûter habituel avec éviction simple :**Activités de cuisine :**Une attention particulière doit être portée à la manipulation de :**Autres aménagements :** | **c Pour un autre type de PAI****Capacités relationnelles avec l’adulte / avec les autres enfants :**Communique-t-il ? Si oui comment ?**Autonomie / Propreté :****Centres d’intérêts :****Aménagements :**Horaires d’accueil adaptés :Aménagement des activités physiques et sportives / dispense :Aménagement des transports :Besoin de matériel médical :**Réserve, inaptitudes ou contre-indications :**- Certaines choses déclenchent-elles des crises ?- Quels repères le sécurisent (lieu, personnes, objets…) ?Autres indications :**Joindre un avis médical / paramédical** |
| **c Pour une allergie respiratoire**Aménagement des activités physiques et sportives / dispense :Besoin de matériel médical :Autres indications : |

**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 : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

**c** Coche équivalant 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. 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) :**

c Antihistaminique :

c Corticoïdes :

c Broncho-dilatateur :

c Adrénaline injectable :

c Autres :

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

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNES D’APPEL** | **CONDUITE A TENIR** |
| - Mineurs :ð- Majeurs : ð |  |

**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 :