



COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-

**Projet d'Accueil Individualisé du.... Au.....**  
**Situation temporaire**

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)

**ENFANT CONCERNE**

Photo	<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
	<b>Adresse :</b>	
	<b>Date de naissance :</b>	<b>Sexe:</b>
	<b>Classe en septembre 2026:</b>	<b>Ecole fréquentée :</b>

Ce PAI a pour objectif d'assurer la sécurité et le bien-être de votre enfant lorsqu'il suit un **traitement médical temporaire** (ex : antibiotiques) ou présente un **handicap physique temporaire** (ex : plâtre, mobilité réduite).

Ce document permet :

- De préciser **les traitements ou soins à suivre**.
- De définir **les activités autorisées et celles à éviter**.
- De fournir aux équipes d'accueil **les informations nécessaires pour intervenir en cas d'urgence**.
- De garantir que votre enfant peut **participer aux activités de manière adaptée et sécurisée**.

La mise en place de ce PAI nécessite **un certificat médical** fourni par le médecin. Toutes les informations sont **strictement confidentielles** et partagées uniquement avec le personnel chargé de l'accueil de votre enfant.

**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 des représentants légaux : .....



COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

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)

**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 scolaire</i>	Monsieur	Madame
Nom et Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		

**LE MEDECIN TRAITANT :**

Nom	
Adresse	
Téléphone	

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

Nom	
Adresse	
Téléphone	



# Protocole simplifié

## **1** Médicaments

Nom du médicament : .....

Posologie : .....

Fréquence / durée : .....

Voie d'administration : .....

Règles à cocher :

- Les parents fournissent le médicament dans son emballage d'origine
  - La date de péremption a été vérifiée
  - Le médicament est restitué chaque soir aux parents
  - Administrer uniquement selon la prescription médicale
  - Tenir un carnet de suivi ou noter chaque prise (dans la cahier d'infirmierie)
- 

## **2** Mobilité / activités

Activités autorisées (cocher) :

- Activités manuelles et jeux assis (Puzzle, coloriage, lecture)
- Jeux extérieurs
- Jeux sportifs
- Sorties extérieures à l'ACM



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

### Activités interdites (cocher) :

- Jeux extérieurs
- Jeux sportifs
- Escalade / Activités en hauteur
- Sports de contact
- Sortie extérieures à l'ACM

### Précautions supplémentaires (cocher si appliquées) :

- Faire des pauses régulières
- Surveiller douleur, gonflement, fatigue
- Informer les parents si gêne ou douleur

---

### **3** Urgences

#### Signes à surveiller (cocher ceux applicables) :

- Fièvre
- Éruption cutanée
- Difficulté respiratoire
- Douleur intense
- Gonflement / engourdissement
- Saignement



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

**Actions à prendre (cocher) :**

- Évaluer la gravité de la situation
- Appeler SAMU 15 / 112 si urgence vitale
- Contacter immédiatement les parents
- Administrer traitement d'urgence seulement si prescrit
- Noter l'incident (heure, symptômes, actions prises)
- Ne jamais laisser l'enfant seul en cas de changement soudain d'état

*Merci de fournir l'ordonnance médicale*



**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)*

➤ **Lieu de conservation des médicaments pendant l'accueil de loisirs :**

.....

**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 à la coordination le :**