

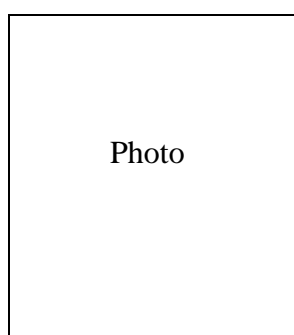


COMMUNAUTE DE COMMUNES DES 2 VALLEES  
- Accueils de Loisirs-

**Projet d'Accueil Individualisé 2026-2027**  
Maladie Chronique nécessitant un traitement

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



<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>

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

Type de PAI : .....

**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 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	



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

**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

**POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES :**

**Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin :**

- 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 fournie 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-**

**PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU SPECIALISTE DE L'ENFANT**

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

**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

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

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

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

**Fait le ..... Cachet et signature du médecin .....**



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

**PARTIE A REMPLIR PAR LES REPOSABLES DE L'ENFANT**

**TROUSSE D'URGENCE :**

<b>Nom du médicament</b>	<b>Posologie</b>	<b>Voie d'administration</b>	<b>Date de péremption</b>	<b>Vérification :</b>
				(coché par l'AS de l'ACM)

PAI scolaire fourni : oui/non

Ordonnance fournie : oui/ non

➤ Les médicaments sont récupérés **CHAQUE SOIR** par la famille :     **Oui**         **Non**  
*(Si oui, les parents s'engagent à amener le PAI à chaque fois que son enfant fréquente les structures de la CC2V)*

➤ **Autres aménagements ou précision sur le protocole**

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



**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 :**

.....

➤ **Dès l'arrivée dans la structure d'accueil, les paniers repas seront placés :**

.....

**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 :**