

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Document établi pour l'accueil d'un enfant qui présente un problème de santé évoluant sur une longue période et nécessitant une prise en charge particulière. Référence circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 (bulletin officiel n°34 du 18/09/2003)

Secret médical : 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 (Pai) 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 régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes 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 ne souhaite transmettre qu'à un médecin.

NOM :

PRÉNOM :

Date de Naissance :

Validité du PAI : du / / au / /

Structure d'accueil : **PÉRISCOLAIRE MONTVENDRE**

Représentant-s légal-légaux

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Téléphone travail :

Médecin traitant : (Nom) _____ (Tel) _____

Médecin spécialiste : (Nom) _____ (Tel) _____

Autres professionnels de santé :

- Profession : _____
(Nom) _____ (Tel) _____

- Profession : _____
(Nom) _____ (Tel) _____

- Profession : _____
(Nom) _____ (Tel) _____

À contacter en cas d'urgence :

- Responsable-s légal-légaux
- SAMU 15 -112
- Médecin ou service hospitalier
- Autre

Date de transmission de l'acte: 17/07/2026

Date de reception de l'AR: 17/07/2026

026-212602122-AR_050_2026-AR

A G E D I



Montvendre
Village authentique

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

MOTIF du PAI :

LOCALISATION DES TRAITEMENTS ET DE LA TROUSSE DU PAI :

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.

Elle doit comporter l'ordonnance détaillée et le protocole d'urgence.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés. Le parent s'engage à informer de tout changement de prescription.

CONTENU DE LA TROUSSE ET TRAITEMENTS EVENTUELS :

(joindre l'ordonnance ou compléter les noms, posologies et horaires de prise dans l'espace dédié ci-dessous)

Nom	Posologie	Horaires de prise éventuelle
-		
-		
-		
-		
-		

Besoins spécifiques de l'enfant et aménagements dans le cadre de la structure :

Aménagement particulier ☐ Oui ☐ Non Horaires adaptés ☐ Oui ☐ Non
Régime ou texture alimentaire ☐ Oui ☐ Non Mobilier, matériel ☐ Oui ☐ Non
Prise en charge particulière ☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser :

Prise en charge médicale complémentaire (intervention de personnel soignant extérieur, surveillance médicale...) ou départ en VSL éventuel :

Régime alimentaire :

Panier repas (fourni par les parents) ☐ Oui ☐ Non
Supplément calorique (fourni par les parents) ☐ Oui ☐ Non
Collation supplémentaire (fourni par les parents) ☐ Oui ☐ Non
Autre :

En cas de panier repas : Les parents s'engagent à fournir un repas équilibré à l'enfant dans une glacière selon le protocole donné en annexe. Les récipients doivent pouvoir passer au four micro-ondes.

Activités contre-indiquées éventuelles :

Date de transmission de l'acte: 17/07/2026

Date de reception de l'AR: 17/07/2026



Montvendre
Village authentique

026-212602122-AR_050_2026-AR

A G E D I

PROTOCOLE D'URGENCE : ordonnance détaillée, dactylographiée sur cette page ou sur une page agrafée au dossier précisant :

- les symptômes et signes d'appel,
- les conduites à tenir d'urgence,
- la posologie et le mode d'administration
- les horaires des traitements de l'urgence,
- les gestes à faire ou à ne pas faire,
- les contres indications spécifiques,
- le ou les médecins à joindre en urgence,
- les informations à fournir au médecin du SAMU.

Pour mémoire :

- *Toujours noter l'heure d'apparition des signes, leur durée, les médicaments donnés et l'horaire d'administration.*
- *Rester à côté de l'enfant*
- *La trousse du Pai doit être emportée lors des déplacements extérieurs.*

Date, signature et cachet du médecin
prescripteur

Date de transmission de l'acte: 17/07/2026

Date de reception de l'AR: 17/07/2026

26-212602122-AR_050_2026-AR

A G E D I



Montvendre
Village authentique

Je soussigné-e le responsable légal demande – Nous soussigné-e-s les responsables légaux demandons - pour (Nom et Prénom de l'enfant) _____ la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la prescription du Docteur _____ dont les coordonnées figurent précédemment. J'autorise - nous autorisons - que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de l'enfant précédemment nommé lors de son temps d'accueil.

Je m'engage – Nous nous engageons - à renouveler les médicaments avant leur date de péremption et à signaler tout changement de traitement qui pourrait intervenir. J'autorise – Nous autorisons la structure à solliciter des secours pour toute appréciation le justifiant.

Responsable légal 1

(date, nom et signature)

Responsable légal 2

(date, nom et signature)

Les personnes suivantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Elles s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

Médecin de la structure

(Date nom et signature)

**Responsable de la structure
ou Assistante maternelle**

(Date nom et signature)

**Responsable du
service Accueil
collectif**

(Date nom et signature)

Reconduction du projet d'accueil individualisé

Le projet d'accueil individualisé est valable 1 an.

Il est demandé de fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et de renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Ce document nécessite un renouvellement chaque année **à la demande des parents.**

Reconduit le / /			Reconduit le / /		
SIGNATAIRES	Responsable légal 1 Nom et signature	Responsable légal 2 Nom et signature	SIGNATAIRES	Responsable légal 1 Nom et signature	Responsable légal 2 Nom et signature
	Responsable de structure Nom et signature	Chef-fe de service Nom et signature		Responsable de structure Nom et signature	Chef-fe de service Nom et signature
	Médecin Cachet et signature			Médecin Cachet et signature	

Copie donnée à la famille le :