



ville-rouvroy62.fr

P.A.I

Plan d'accueil individualisé - centre multi-accueil Anne-Sylvestre

ROUVROY62



*Le projet d'accueil Individualisé d'un enfant présentant une ou plusieurs pathologies / troubles*

### L'enfant concerné :

---

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

#### • Responsable légal 1

Nom:

Prénom:

Adresse:

Téléphone:

Profession:

Adresse du lieu de travail:

#### • Responsable légal 2

Nom:

Prénom:

Adresse:

*(si différente de celle du responsable légal 1)*

Téléphone:

Profession:

Adresse du lieu de travail:



## Collectivité d'accueil :

---

établissement d'accueil:

### • Identités des adultes qui suivent l'enfant

Responsable de la collectivité :

Nom: Prénom:

Médecin ou infirmier de la collectivité :

Nom: Prénom:

Le ou les médecins qui suivent l'enfant dans le cadre de sa/ses pathologies :

Noms et prénoms:

Le service hospitalier:

Le médecin traitant de l'enfant:

### • Les besoins spécifiques de l'enfant

Horaires adaptés

Double jeu de livres

Lieu de repos

Attente à éviter au restaurant

Mobilier adapté

Nécessité d'un régime alimentaire

Local pour entreposer la réserve d'oxygène

Local pour la Kinésithérapie ou les soins

Autorisation de sortie dès que l'enfant en ressent le besoin

Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps de garde

Aménagement des activités motrices: sport à adapter selon l'avis du médecin qui suit l'enfant

Aménagement des transports: éviter les trajets trop longs, et transports mal adaptés

Aménagement lors de déplacements: Veiller à ce que l'enfant ait toujours avec lui sa trousse d'urgence



- Prise en charge complémentaire**

Intervention d'un Kinésithérapeute:

Nom:

Prénom:

Jours et heures d'intervention:

Adresse d'intervention:

---

Intervention d'un personnel soignant:

Nom:

Prénom:

Jours et heures d'intervention:

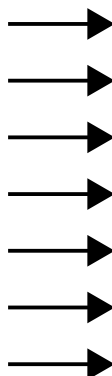
Adresse d'intervention:

- Traitement médical**

*(selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté au médecin de la collectivité)*

Nom du médicament:

Posologie, mode de prise horaire:





• **Régime alimentaire** (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

Panier repas

Suppléments caloriques (fournis par la famille)

Collations supplémentaires (fournies par la famille):

Précisez les horaires:

Autre (précisez):

• **Référents à contacter Appels ( numéroté par ordre de priorité )**

Parents ou tuteurs légaux



Téléphone personnel:

Téléphone professionnel:

Médecin traitant

Téléphone:

Médecin spécialiste

Téléphone:

Samu : 15 ou 112 portable

Pompiers

Service hospitalier

Téléphone du service:

• **Signatures**

Les parents ou représentants légaux:

À:

Le:

Le responsable de l'institution:

À:

Le:

Le personnel de santé:

À:

Le:

Le responsable de la municipalité:

À:

Le:



- **ANNEXE** (À faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil)
- **Protocole en cas d'urgence qui sera joint au P.A.I**

Signes d'appel:

Symptômes visibles:

Mesures à prendre dans l'attente des secours:

- **Signature**

À:

Le: