

BON JOUR

SMJ#



ville-rouvroy62.fr

ROUVROY62



P.A.I

Projet d'accueil individualisé - cantine - centre de loisirs - périscolaire- CAJ

Merci de fournir toutes les pièces nécessaires à l'application du présent projet d'accueil individualisé, notamment l'ordonnance médicale en cas d'administration d'un médicament.

L'enfant concerné :

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

École:

Classe:

• Allergies

***Réaction faible:** intolérance simple/inconfort **Réaction modérée:** pas de risque médical grave **Réaction forte:** risque médical grave

1- À quel(s) aliment(s) votre enfant est-il allergique?

.1	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.2	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.3	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.4	réaction faible	réaction modérée	réaction grave

2- Allergies non alimentaires? (animaux, pollen, soleil, latex...)

.1	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.2	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.3	réaction faible	réaction modérée	réaction grave
.4	réaction faible	réaction modérée	réaction grave

Quels sont les symptômes visibles et les signes d'appel en cas de crise d'allergie ?

Quels sont les mesures à prendre en cas de crise d'allergie ?

• Médicaments à administrer en cas de crise d'allergie?

Nom du médicament:

Posologie / Voie d'administration



Le médicament peut-il être administré par le personnel en charge de l'encadrement des enfants ?

Oui

Non

• PARTIE RÉSERVÉE À LA MAIRIE

Lieu de conservation du traitement:

En périscolaire:

En centre de loisirs:

En cantine:

En sortie:

- **Les handicaps** Décrivez le handicap de votre enfant

- **Le temps scolaire**

ÉCOLE: Nom de l'établissement scolaire:

Adresse de l'établissement scolaire:

L'enseignant de l'enfant: Nom:

Prénom:

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement individualisé à l'école?

Projet d'accueil individualisé:

Oui

Non

Assistant de vie scolaire:

Oui

Non

Établissement spécialisé: Nom:

Adresse de l'établissement:

Numéro de téléphone du service:

Nom du référent de l'enfant pour cet établissement:

Les autres suivis (sessad,cmp,camp)

Préconisations pour l'accueil de l'enfant (précautions, période d'adaptation, aménagement horaire, adaptation du mobilier, encadrement renforcé...)

- **Les autres pathologies chroniques**

De quel trouble chronique votre enfant souffre-t-il?

Quels sont les symptômes visibles et les signes d'appel en cas de déclaration du trouble?

Quels sont les mesures à prendre en cas de déclaration du trouble ?

Traitement à administrer pendant les temps périscolaires ou extrascolaires?

Nom du médicament:

Posologie / Voie d'administration



Le médicament peut-il être administré par le personnel en charge de l'encadrement des enfants ?

Oui

Non

- **PARTIE RÉSERVÉE À LA MAIRIE**

Lieu de conservation du traitement:

En périscolaire:

En centre de loisirs:

En cantine:

En sortie:

- **Signatures et date**

Du tuteur légal 1

Du tuteur légal 2

Médecin chargé du suivi de l'enfant:

Le:

Le:

Le:

De l'autorité territoriale:

Du chef de service:

responsable du restaurant municipal:

Le:

Le:

Le: