

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Pour des enfants avec des besoins de santé particuliers
--

Etablissement concerné	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	

L'enfant	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Poids	
Particularités	

Parents ou représentants légaux			
Père / Mère / Professionnel référent de l'enfant		Père / Mère / Professionnel référent de l'enfant	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Téléphone portable		Téléphone portable	
Téléphone du travail		Téléphone du travail	
Téléphone du domicile		Téléphone du domicile	

Personnes à joindre en cas d'urgence			
Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Professionnels médicaux ou para médicaux qui suivent l'enfant			
	Nom	Adresse	Téléphone
Médecin qui coordonne le suivi de l'enfant			
Etablissement Hospitalier / service			
Médecin spécialiste (allergologue, pédopsychiatre, ...)			
Autres (CAMPS, Psychomotricien, Ergothérapeute, orthophoniste...)			

Aménagements, observations et Intervenants paramédicaux (il est nécessaire de penser l'accueil de l'enfant et les différents temps de vie comme les temps de repas, de jeux, de repos, mais aussi d'intimité)		
Aménagement et matériel spécifique (installation, horaires adaptés, professionnel spécifique...)	Intervenant(s) extérieur (Kinésithérapeute, Orthophoniste, Psychomotricien...)	
	Nom	
	Coordonnées	
	Heures et jours d'intervention	
	Lieu d'intervention	

Allergies connues	
Régime alimentaire et intolérance	

Traitements (lieu de conservation et date de validité de l'ordonnance)	
---	--

Le médecin doit évaluer si l'administration de médicaments ou la réalisation de gestes techniques peut être réalisable par une personne non professionnelle de santé.

Protocole et intervention en cas d'urgence		
	Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir / Protocole de soins médicamenteux*
Signes mineurs		
Signes majeurs		

*les parents fournissent l'ordonnance du protocole d'urgence élaboré par le médecin traitant ou le médecin spécialiste de leur enfant et les médicaments dont ils doivent vérifier la péremption.

Information et formation aux gestes techniques	
Date	
Professionnel ayant réalisé la formation*	
Professionnels formés à réaliser les gestes techniques	
Date de renouvellement nécessaire	

*Le parent ne peut pas obliger un professionnel à réaliser des actes qui relèvent de l'exercice infirmier

Je soussigné-e père / mère / représentant légal de l'enfant
..... autorise / n'autorise pas (barrer la mention inutile) le Référent
Santé et Accueil Inclusif à prendre contact avec :

- ☐ Le médecin traitant / spécialiste qui suit mon enfant
- ☐ Les partenaires médico-sociaux qui accompagnent mon enfant (préciser :
.....)

Afin d'établir un projet d'accueil cohérent, en lien avec les besoins de mon enfant.

Le PAI est à réinterroger et **renouveler au minimum une fois par an**. (A cette période, des rencontres pourront être envisagées et programmées de façon anticipée afin de réévaluer les besoins spécifiques de l'enfant.)

Un double de ce document est **conservé dans la trousse d'urgence** et sera **emporté lors de toutes sorties**.

Les signataires, fait le :			
Les parents ou responsables légaux	Père / Monsieur		
	Mère / Madame		
Le médecin traitant ou spécialiste			
Le Médecin de crèche			
Le Référent Santé et Accueil Inclusif			
Le directeur de l'établissement			

/!\ La signature de ce PAI signifie que les participants valident et acceptent la mise en place et l'organisation de ce PAI