



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

### INFORMATION AUX PARENTS

Madame, Monsieur,

Vous avez signalé dans le dossier d'inscription de votre enfant un trouble de santé chronique ou une spécificité nécessitant un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI). Pour que votre enfant soit accueilli en toute sérénité au sein de notre établissement, un PAI doit impérativement être mis en place.

Vous devez :

- ✓ **Compléter les documents ci-joints**
- ✓ **Faire compléter le « volet médical » par un médecin**
- ✓ **Fournir une trousse d'urgence contenant l'ordonnance et le traitement de votre enfant**

Ce PAI sera valable durant toute une année scolaire. Tout changement d'ordre médical (évolution, changement de traitement, modification de posologie, ...) devra être signalé et engendrera une réactualisation du PAI. Les médicaments devront être renouvelés par les parents avant leur date de péremption.

Je soussigné (e).....Responsable légal(e) de .....

- **Atteste** de l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler aux services concernés tout changement de situation ou de prescription concernant mon enfant ;
- **Atteste** avoir pris connaissance de la procédure de mise en place d'un PAI
- **Autorise** le recueil d'informations médicales après du médecin prescripteur afin d'obtenir tous les renseignements nécessaires à la mise en œuvre du PAI
- **Autorise** le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (SDIS, SAMU, SMUR, ...) pour que mon enfant puisse être pris en charge médicalement en cas d'accident ou de situation d'urgence ;

#### **Règlement Général sur les Données Personnelles (RGPD) :**

- Les informations médicales recueillies dans ce formulaire seront utilisées avec l'unique finalité de prise en charge médicale de mon enfant sur les temps de scolarité ;
- Les données médicales concernant mon enfant seront communiquées aux personnels qui le prendront en charge sur les temps scolaires
- Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, un droit de rectification et d'un droit à la limitation au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Direction de l'établissement. Si vous estimez, après avoir nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait à ..... le ..... (signature du ou des responsables légaux)



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2024/2025

Date : ...../...../.....

Première demande

Renouvellement

ENFANT CONCERNE	CLASSE fréquentée :.....
-----------------	--------------------------

Nom Prénom : .....Date de naissance : .....

Adresse :

.....  
.....

## COORDONNES DES RESPONSABLES LEGAUX

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone/Portable
Parent 1		
Parent 2		
Autres personnes à contacter		

Médecin traitant (nom et téléphone) : .....



# PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

## Volet Médical – A remplir par le médecin

### **Description du trouble de santé :**

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

### **1) En cas d'allergie ou d'intolérance alimentaire, merci de préciser :**

Eviction complète (lister TOUS les aliments non autorisés et préciser sous quelle forme : cru, cuit, ...),  
traces autorisées, autres recommandations

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

### **2) Prescription médicale :**

#### **Pour la restauration collective :**

Panier repas complet (entièrement préparé par la famille) – l'enfant ne consomme QUE le repas  
fourni par la famille y compris tout autre complément ou ingrédient éventuels (pain...)

Panier repas partiel – menus fournis par la cantine sous réserve de remplacement de l'aliment  
provoquant l'intolérance alimentaire. Le complément est préparé par la famille.

*Selon la gravité de l'allergie :*

La famille fournit également les compléments du repas (bouteille d'eau, pain...)                    OUI    NON

La famille apporte les ustensiles de tables : couverts, verre, assiette                                    OUI    NON



### 3) Traitement médical (merci de détailler le protocole à suivre)

SITUATION	SIGNE D'APPEL	CONDUITE A TENIR	TRAITEMENT/PRESCRIPTION
Exemple : Asthme	Toux sèche, rauque Essoufflement Autres symptômes	Arrêt des efforts ou de l'activité Mettre au calme Appeler les parents	VENTOLINE avec chambre d'inhalation ...

**Date et cachet du médecin**