



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour les activités péri et extra-scolaires 2026-2027

Tout PAI doit OBLIGATOIREMENT

- Avoir une ordonnance de moins d'un an

- Être validée par un médecin

- Joindre obligatoirement le PAI scolaire s'il y en a un

Aucun traitement ne sera administré sans ce document

Reçu le :

- Panier repas
- Médication
- Aménagement spécifiques
- Ordonnance jointe
- Traitements joints

ATTENTION : Ce PAI est distinct de celui établi éventuellement avec l'école. Il permet aux encadrants des structures d'accueil (périscolaire, restauration, centre de loisirs ...) d'être informés du protocole de soins dont bénéficie votre enfant, ceux-ci attestent - par leur signature - d'en avoir pris connaissance.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (merci de cocher les structures fréquentées)

	Structure	Périscolaire et/ou restauration	Centre de loisirs
Nom/prénom de l'enfant : Photo obligatoire de l'enfant Ecole : Classe :	Boissy le Cutté		
	Boissy Sous Saint Yon		
	Saint Yon		
	Bouray/Juine		
	Janville/Juine		
	Etréchy Schuman		
	Etréchy Vrigneaux		
	Etréchy Saint Ex		
	Lardy la Sorbonne		
	Lardy Charles Perrault		
	Lardy Saint Ex		
	Chamarande		
	Auvers Saint Georges		
	Villeconin		
Villeneuve sur Auvers			

CONTACTS

	Parent 1	Parent 2
Nom/Prénom		
Adresse		
Tél :		
Tél Professionnel :		
A prévenir en priorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et prénom de l'enfant :

MEDECIN DE L'ENFANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

PARTIE RESERVEE A L'accueil de loisirs

	<i>Nom/Fonction</i>	<i>Signature/Date</i>
<i>Directeur/responsable périscolaire</i>		
<i>Référent PAI</i>		
<i>Référent matin/soir</i>		
<i>Référent midi</i>		
<i>Référent mercredi/vacances</i>		

AUTORISATION

Je soussigné(e), autorise les référents à mettre en œuvre le PAI tel qu'il a été défini ci-après. Je suis informé(e) que même si mon enfant fait l'objet d'une surveillance particulière, j'en reste le responsable unique.

Le,

Signature,

ACCEPTATION DE L'ACCEUIL INDIVIDUALISE DE L'ENFANT

Etréchy, le

Signature de l'Elu en charge du périscolaire,
extrascolaire et de la restauration

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT (à faire remplir par le médecin)

REGIME ALIMENTAIRE

- Pathologie :
- Allergie/Intolérance :

Panier repas : OUI NON

Traitement(s) ou soin(s) quotidien spécifique(s) : *ordonnance à joindre*

.....

.....

AUTRES

- Pathologie :
- Symptôme(s) principal(aux) :

Aménagement(s) spécifique(s) nécessaires : Oui Non

Activité physique :

.....

.....

Activité pédagogique :

.....

.....

Aménagement de l'espace :

.....

.....

Autres :

.....

.....

Traitement(s) médicamenteux nécessaire(s) : *ordonnance à joindre*

Traitement régulier Traitement d'urgence

Traitements récupérés par la famille : Oui Non

Soins spécifiques nécessaires : Oui Non

Si oui, précisez :

.....

.....

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE (à faire remplir par le médecin)

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Pathologie de l'enfant :

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Nom du médicament	Forme	Voie d'administration	Posologie
	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Inhalateur <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Autres :	<i>cf ordonnance jointe</i>
	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Inhalateur <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Autres :	
	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Inhalateur <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Autres :	
	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Inhalateur <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Cutanée <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Autres :	

TROUSSE D'URGENCE

Oui Non

Merci de noter la liste des traitements et/ou dispositifs médicaux à faire figurer dans la trousse d'urgence de l'enfant ainsi que l'ordonnance correspondante complète.

.....

EN CAS D'URGENCE

L'enfant reconnaît ses symptômes OUI NON

<i>Premiers symptômes</i>	<i>Mesures à prendre</i>	<i>Traitements</i>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou le 112 et tenez la conduite à tenir ci-dessous :

<i>Signes de gravité</i>	<i>Mesures à prendre</i>	<i>Traitements</i>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>
•	→	<input type="checkbox"/>

Fait le,

Cachet et signature du médecin

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées sur support papier par la CCEJR afin de connaître les spécificités médicales de votre enfant pour pouvoir adapter son quotidien dans les structures de loisirs. Elles sont collectées par la CCEJR et sont destinées au service Enfance ainsi qu'aux structures d'accueil. Elles sont conservées pendant 5 ans. La base juridique du traitement est une obligation légale.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification et de limitation en contactant le Délégué à la Protection des Données personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits "Informatique et Libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Nom et prénom de l'enfant :