

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour les activités 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
- ☐ Aménagements 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	OUI	NON
Nom/prénom de l'enfant : Photo obligatoire de l'enfant Ecole : Classe :	2.0		
	L'escale		

CONTACTS		
	Parent 1	Parent 2
Nom/Prénom		
Adresse		
Tél :		
Tél Professionnel :		
A prévenir en priorité	☐	☐

Nom et prénom de l'enfant :

MEDECIN DE L'ENFANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

PARTIE RESERVEE A LA STRUCTURE JEUNESSE

	<i>Nom/Fonction</i>	<i>Signature/Date</i>
<i>Responsable du site</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'ACCUEIL INDIVIDUALISE DE L'ENFANT

Etréchy, le

Signature de l'Elue en charge de la jeunesse,

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

TROUSSE D'URGENCE
☐ Oui ☐ Non
<i>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.</i>

EN CAS D'URGENCE

L'enfant reconnaît ses symptômes ☐ OUI ☐ NON

<i>Premiers symptômes</i>	<i>Mesures à prendre</i>	<i>Traitements</i>
•	→	☐
•	→	☐
•	→	☐
•	→	☐

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>
•	→	☐
•	→	☐
•	→	☐
•	→	☐

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 :

FICHE PRATIQUE – PAI MEDICAMENTEUX

(À DESTINATION DES PARENTS/ TUTEURS LEGAUX)

Pourquoi un PAI ?

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) sert à organiser l'accueil d'un enfant qui a un besoin de santé particulier et qui doit prendre un médicament pendant qu'il est présent dans la structure.

Il a pour objectif :

- ✓ D'assurer la sécurité et le bien-être de votre enfant
- ✓ De permettre aux professionnels d'agir dans un cadre clair, sécurisé et conforme à la réglementation
- ✓ De garantir une continuité de soins entre chez vous et la structure.

Sans PAI complet et valide, aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant.

Si l'enfant ne peut pas recevoir les soins nécessaires car les conditions du PAI ne sont pas respectées, la direction se réserve le droit de ne pas l'accueillir sur la structure.

Tout PAI doit être transmis à la coordinatrice de parcours spécifique à l'adresse suivante : pai@ccejr.org. Vous pouvez la contacter au 06.76.62.73.12 pour toutes informations complémentaires.

Qu'est-ce qu'un PAI médicamenteux ?

Le PAI est un document écrit, établi par le médecin, qui précise :

- ✓ Le traitement à administrer à l'enfant
- ✓ Les modalités exactes d'administration (dose, horaires, voie)
- ✓ Les conduites à tenir en cas d'urgence

Il est obligatoirement accompagné d'une ordonnance médicale lisible, nominative, en cours de validité et signée par le médecin.

Nom et prénom de l'enfant :

Ce que les parents s'engagent à faire

En demandant la mise en place d'un PAI médicamenteux, les parents s'engagent à :

- ✓ Fournir les documents dans les délais demandés
- ✓ Remettre les médicaments :
 - Dans leur emballage d'origine, non entamés ou le cas échéant avec la date d'ouverture
 - Avec la notice
 - Non périmés
 - Étiquetés au nom et prénom de l'enfant
- ✓ Fournir le matériel de santé propre (exemple : chambre d'inhalation)
- ✓ Informer immédiatement la direction de toute modification du PAI ou nouveau PAI au moins 24h avant l'accueil (posologie, arrêt, changement de médicament)
- ✓ Renouveler les documents et le traitement si nécessaire
- ✓ Reprendre les médicaments en cas de fin de validité du PAI

⚠ Aucun ajustement de traitement ne pourra être fait sans nouvelle ordonnance.

.....
Votre collaboration est essentielle pour garantir la sécurité de votre enfant.

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance des règles du PAI médicamenteux et je m'engage à :

- ✓ Fournir une ordonnance médicale valide
- ✓ Donner les médicaments dans leur emballage d'origine, non périmés
- ✓ Informer immédiatement la direction de toute modification de traitement ou d'arrêt du PAI
- ✓ Renouveler le traitement et les documents si nécessaire
- ✓ Reprendre les médicaments en fin de traitement ou de validité

Je reconnais qu'aucun médicament ne pourra être administré sans documents conformes.

Je soussigné, Monsieur et Madame.....en qualité de
..... de l'enfant déclare(nt)
avoir pris connaissance du protocole mis en place par la structure et m'engage / nous engageons à le respecter.

Fait à, le.....

Signature du/des responsables légaux précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Nom et prénom de l'enfant :



FICHE PRATIQUE – PANIER-REPAS

(À DESTINATION DES PARENTS/ TUTEURS LEGAUX)

Pourquoi un panier-repas ?

Votre enfant bénéficie d'un PAI alimentaire (Projet d'Accueil Individualisé). Pour garantir sa sécurité, il ne peut consommer aucun aliment fourni par le service de restauration. Vous devez donc fournir chaque jour son repas et son goûter complets.

Tous PAI doit être transmis à la coordinatrice de parcours spécifique à l'adresse suivante : pai@ccejr.org. Vous pouvez la contacter au 06.76.62.73.12 pour toutes informations complémentaires.

Comment préparer le panier-repas de mon enfant ?

✓Hygiène à respecter

- Préparer le repas le jour même si possible, au plus tard la veille.
- Conserver la préparation au frigo
- Il est possible de congeler les préparations (temps de conservation au congélateur = 1 mois maximum) cependant, elles doivent être mises au frigo pour décongélation la veille de leur consommation.

✓Contenants obligatoires

- Contenants propres, hermétiques et fermés
- En verre de préférence compatibles avec le réchauffage s'il est autorisé dans le PAI
- **En cas d'allergie alimentaire** : Chaque jour, fournir les couverts, assiette et le verre avec le nom de l'enfant

✓Étiquetage obligatoire

- Nom et Prénom de l'enfant
- Date et heure de préparation, et l'heure de décongélation si nécessaire.

✓Transport : respecter la chaîne du froid

- Utiliser un sac isotherme ou une glacière souple
- Mettre un ou plusieurs pains de glace pour maintenir une température ne dépassant pas 4°C

Ce que la structure ne fera pas :

- Elle ne modifiera aucun contenu du panier-repas.
- Elle ne servira aucun produit suspect, d'aspect douteux ou ne respectant pas la chaîne du froid.
- L'enfant ne consommera que les aliments que vous aurez fournis. Le pain de la cantine ne pourra pas être remis.



.....

Votre collaboration est essentielle pour garantir la sécurité de votre enfant.

Nous nous engageons à assurer la bonne conservation du repas jusqu'au moment de le réchauffer et de le servir à votre enfant.

Je soussigné, Monsieur et Madame.....en qualité de
..... de l'enfant déclarons

avoir pris connaissance du protocole mis en place par la structure et nous nous engageons à le respecter.

J'atteste que les repas de substitution que je prépare pour lui sont sous ma responsabilité.

Fait à, le.....

Signature du/des responsables légaux précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Nom et prénom de l'enfant :