



PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ



"Modèle de projet d'Accueil Individualisé qu'il convient d'adapter à chaque pathologie"

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur le document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité, qui accueille l'enfant ou l'adolescent.

- Établissement d'accueil :

- Crèche Jardin d'enfants Centre de loisirs

L'enfant ou l'adolescent concerné

- Nom : Prénom :
- Nom des parents ou du représentant légal :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Téléphone domicile : Portable:.....

1- Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

- Les parents

- Nom : Prénom :
- Adresse :
- Téléphone domicile : travail : Portable :

- Le responsable de la collectivité

- Nom : Prénom :
- Adresse :
- Téléphone : Portable :

- Le médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité (médecin scolaire)

- Nom :..... Prénom :.....
- Adresse :.....
- Téléphone domicile :.....Portable :.....

- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie

- Nom :..... Prénom :.....
- Adresse :.....
- Téléphone domicile :.....Portable :.....

- Le service hospitalier

- Hôpital :..... Nom du service :.....
- Adresse :.....
- Nom du référent :.....
- Téléphone :.....Portable :.....

- Autres

- Nom :..... Prénom :.....
- Adresse :.....
- Téléphone domicile :.....Portable :.....

2- Allergie

- Type d'allergie :
- Renseignements complémentaires :

3- Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- Horaires adaptés
- Transport
- Matériel
- Aménagement de l'espace
- Accessibilité
- Alimentations
- Moyens humains supplémentaires
- Autres besoins

4- Prise en charge complémentaire

- Médical :.....
- Pédagogique :.....
- Autres :.....

5- Traitement médical

Ordonnance du médecin, médicament dans l'emballage d'origine, inscription du nom de l'enfant sur la boîte.

- Nom du médicament :
- dose : mode de prise :
- horaires :

6- Régime alimentaire

(Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

- Paniers repas (pour toutes allergies)
- Alimentations spécifiques :
- Autre : (à préciser) :

7- Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI

(A faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil).

- Signes d'appel :
- Symptômes visibles :
- Mesures à prendre dans l'attente des secours :
- Autres :

8- Référents à contacter

- Appels :
- Parents ou tuteur, tel. Domicile : Tel. Travail :
- Autres personnes, tel. Domicile : Tel. Travail :
- Médecin traitant : Tel :
- Médecin spécialiste : Tel :
- SAMU : 15 ou 112 (portable)
- Pompiers numéro 18
- Service hospitalier : Tel :

Signataire du projet

A..... Le :

Les parents ou représentant légal

Le responsable de l'institution

Les personnels de santé

Le représentant de la municipalité