**Délégation régionale académique**

**à la jeunesse, à l’engagement et aux sports**

**Modèle de**

**Projet d’Accueil Individualisé**

**en**

**Accueils Collectifs de Mineurs**

**Année scolaire 20.. / 20..**

*Références :*

* *Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;*
* *Décret 2006-923 du 26 juillet 2006 relatif à la protection des mineurs hors du domicile parentale et modifiant le Code de l’Action Sociale et des Familles (cf articles R227-23 et R227-25 relatif au projet éducatif : « lorsque l’organisateur accueille des mineurs valides et des mineurs atteints de troubles de la santé ou de handicaps, le projet éducatif prend en compte les spécificités de l’accueil) ;*

1. **Renseignements concernant l’enfant**

Nom**:** né(e) le :

Prénom :

Adresse :

Accueils de Loisirs fréquentés :

* Accueil Périscolaire :
* Accueil Extrascolaire :

1. **Coordonnées des adultes qui suivent l’enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM - PRENOM** | **ADRESSE** | **COORDONNEES** |
| Les parents ou le tuteur légal |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |
| Le directeur de l’ACM |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |
| Le gestionnaire de l’ACM |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |
| Médecin traitant |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |
| Médecin spécialiste |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |
| Autre |  | 🕿  🕿 PORT  🕿TRAVAIL |

 après avis favorable du médecin traitant, ce PAI pourra être reconduit les années ultérieures par la rédaction d’une mise à jour des ***Renseignements concernant l’élève***et des***Coordonnées des adultes qui suivent l’enfant.***

1. **Référents à contacter en cas d’urgence**

🞏 Parents ou responsables légaux :

🞏 SAMU 15 / 112 :

🞏 Médecin ou service hospitalier :

🞏 Autre :

1. **Raisons médicales motivant le PAI**

Nom et Prénom de l’enfant :

Raisons médicales motivant le PAI :

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Protocole d’urgence en cas de crise ou malaise aigu**

**Protocole d'intervention en cas d'urgence rédigé et signé par le médecin traitant ou spécialiste précisant** :

· les signes d'appel de la crise et les mesures à prendre

· les signes de gravité nécessitant l'appel d'urgence au SAMU 15

· les informations à fournir au médecin du SAMU 15

Signaler au SAMU 15 le traitement disponible à l'école dans le cadre du PAI.

S'il s'agit d'un produit injectable, suivre les directives du SAMU 15.

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU MEDICAMENT** | **POSOLOGIE** | **VOIE D’ADMINISTRATION** | **LIEU DE RANGEMENT** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Les parents ou responsables légaux doivent fournir une ordonnance médicale datant de moins de trois mois ainsi que les médicaments concernés.***

1. **Besoins spécifiques de l’enfant**

*Type de la prise en charge (médicale – pédagogique) - Coordonnées des personnes ou organismes concernés (kiné - infirmière – service de soins …) - Fréquence et horaires des interventions - Lieu d'intervention (intra ou extra-scolaire)*

*Rythme adapté (horaires-repos…) - Accessibilité des locaux– restauration – sanitaires – Mobilier adapté (sièges, tables, éclairage...) - Temps pour prise de médicaments ou autres soins*

*Accompagnement de l’enfant par un animateur référent*

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Aménagements à mettre en œuvre**

Prise médicamenteuse – orale / inhalée :

Aménagements pédagogiques :

Rééducation pendant le temps péri ou extra-scolaire :

Restauration et collation :

Régime alimentaire :

Activités physiques et sportives :

Activités aquatiques possibles avec surveillance :  oui  non

Transports :

Séjours avec hébergements :

Autres :

1. **Signataires**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Noms et signatures | | |
| Les parents ou le tuteur légal | Directeur de l’ACM | Gestionnaire de l’ACM |
| Médecin traitant | Médecin spécialiste | Autres |

1. **Reconduction du Projet d’Accueil Individualisé**

Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.

Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.

Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** | | |
| Les parents ou le tuteur légal | Directeur de l’ACM | Gestionnaire de l’ACM |
| Médecin traitant | Médecin spécialiste | Autres |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** | | |
| Les parents ou le tuteur légal : | Les parents ou le tuteur légal | Les parents ou le tuteur légal |
| Médecin traitant | Médecin traitant | Médecin traitant |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** | | |
| Les parents ou le tuteur légal | Les parents ou le tuteur légal | Les parents ou le tuteur légal |
| Médecin traitant | Médecin traitant | Médecin traitant |