

PROTOCOLE ACCUEIL INDIVIDUALISE : PAI 26/27

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Poids :

Taille :

Sexe :

Adresse :

Photo

Groupe Périscolaire : Maternelle Elémentaire Mercredi

RESPONSABLES LEGAUX

	Responsable 1	Responsable 2
Nom/Prénom		
Numéro TEL PROTABLE		
Numéro TEL DOMICILE		
Numéro TEL TRAVAIL		

ENGAGEMENT DE LA FAMILLE

En tant que représentant légal, je demande pour mon enfant :

La mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale du

Docteur TEL

J'autorise la transmission du PAI aux personnes en charge de mon enfant dans le cadre de l'accueil périscolaire de Folgensbourg, auxquelles je demande de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce PAI.

Dans le cas d'une allergie alimentaire, je m'engage à respecter le « PAI PANIER REPAS » (document annexe) pour la communication et la conservation des paniers

Je m'engage à transmettre toute information en cas d'évolution, copie du nouveau bilan médical entraînant une modification du PAI aux responsables du périscolaire.

REPRESENTANT 1	REPRESENTANT 2
Fait le : Signature :	Fait le : Signature :

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Partie à remplir et signer par le médecin en lettres capitales (page 2 et 3)

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Type d'infection ou Rappel des éléments allergisants :

Informations à transmettre aux médecins des urgences :

Existe-il un traitement de fond ?

Contre-indications médicales ?

Composition de la trousse d'urgence (fournie par les responsables légaux et mise dans une trousse nominative ainsi que l'ordonnance) :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Préciser où la trousse d'urgence sera gardée (à remplir par le périscolaire) :

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER ET PREMIERS GESTES DE SECOURS (écrire lisiblement)

A REMPLIR SELON EVOLUTION DE LA GRAVITE :

DESCRIPTION DES SIGNES CLINIQUES	CONSIGNES A SUIVRE ET POSOLOGIE

DATE :

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :