

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

---

## DE TYPE ALLERGIES

CE DOCUMENT EST A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOTRE ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT DU FAIT D'UNE ALLERGIE OU D'UN TROUBLE DE SANTE.

**ANNEXE 4**  
**PROJET D'ACCUEIL D'UN MINEUR PRESENTANT UN TROUBLE DE LA SANTE DE TYPE ALLERGIE**  
**EN ACCUEIL DE LOISIRS OU EN SEJOUR AVEC HEBERGEMENT**

Photo	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de Naissance :	Sexe :

Année scolaire du 1<sup>er</sup> Projet : .....

Projet reconduit pour l'année scolaire : .....

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret ou à la discrétion professionnelle et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

Tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

**Signature du représentant légal:**

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

	Directeur de l'accueil de loisirs ou de séjour avec hébergement	Organisateur Mairie ou association	Médecin (dans le cas où un médecin est mis à disposition par l'organisateur)
Noms			
Date			
Signatures			

Accueil de loisirs ou séjour : ..... Année Scolaire : .....

Adresse: .....

Directeur de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement: .....

Tel:..... Fax : .....

Organisateur : .....

Adresse: .....

Tel:..... Fax : .....

Coordonnées du médecin dans le cas où il est mis à disposition par l'organisateur

Nom	Tampon médecin	Téléphone
		Bureau : Portable :

#### **PERSONNES A PREVENIR**

##### **Les numéros d'urgence**

Sur téléphone fixe	15
Sur téléphone portable	112

##### **Les parents ou les représentants légaux**

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

##### **Le médecin qui suit l'enfant**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

**L'allergologue ou autre spécialiste qui suit l'enfant**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

### Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Nombre de trousses :
- Lieux de stockage :

--	--

- Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- Les parents s'engagent à informer le directeur en cas de changement de la prescription médicale
- En cas de déplacement hors de l'accueil de loisirs ou lors des sorties
  - Informer les personnels de l'accueil de loisirs de l'existence du projet d'accueil et l'appliquer
  - Emporter la trousse d'urgence avec le double de ce document
  - Noter les numéros de téléphone d'urgence quand l'accueil a lieu à l'étranger
- En cas de changement de la personne chargée du suivi sanitaire
  - Informer immédiatement la nouvelle personne chargée du suivi sanitaire pour respecter la continuité des soins.

### La restauration

La restauration est placée sous la responsabilité du maire et/ou de l'association organisatrice : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du projet d'accueil. Le projet d'accueil sera établi en concertation avec l'entreprise de restauration (prestataire de service) si besoin.

#### Besoins spécifiques du mineur (cocher la mention retenue):

- **La restauration :**
  - Restauration collective non autorisée : paniers repas\* préparés et apportés par la famille, seulement autorisés
  - La société de restauration collective garantit et fournit les repas adaptés à la santé du mineur
  - Menus ordinaires avec seulement suppression des aliments interdits au mineur (lecture des menus par les parents)
- **Les goûters**
  - Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par le mineur
  - Goûters fournis par l'organisateur
  - Consommation des goûters fournis par l'organisateur avec seulement suppression des aliments interdits au mineur
- **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

  - Fruits à coque, cacahuètes (arachide)
  - Pâtes à modeler
  - Pâte à sel
  - Autres (préciser).....

\* Tout panier repas doit avoir été préparé et conditionné en tenant compte des prescriptions contenues dans l'annexe paniers repas (pages 7 et 8)

**PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE  
EN CAS D' ALLERGIE (2 PAGES)  
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Accueil de loisirs ou séjour avec hébergement : .....

Allergie à:

**Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'accueil de loisirs ou au séjour avec hébergement) :**

Détailler ci-dessous la liste des médicaments et du matériel médical qui doivent se trouver dans la trousse d'urgence :

Antihistaminique :

Corticoïdes :

Broncho-dilatateurs :

Adrénaline injectable :

Autres :

Matériel médical :

Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant  
Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer le protocole suivant:

<i>Situations</i>	<b>Signes d'appel</b>	<b>Conduite à tenir</b>
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Noter dans le registre des soins : la date, l'heure d'apparition des signes et l'heure d'administration des médicaments et la dose administrée.

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent en attendant les secours

Date :

Signature et cachet du médecin

**Aménagements particuliers dans le cadre  
d'un accueil de loisirs ou d'un séjour avec hébergement**  
*A renseigner par le médecin qui suit l'enfant*

**Prise en charge complémentaire médicale ou paramédicale :**

**Déplacement dans et hors de l'accueil de loisirs :**

**Activités physiques et sportives :**

**Transport :**

*Date :*

*Signature et cachet du médecin*