

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Pour un enfant accueilli :

- ❖ chez une assistante maternelle ou
- ❖ dans un établissement d'accueil de jeunes enfants
- ❖ dans un accueil collectif de mineurs (ex : accueil de loisirs)
- ❖ dans une garderie périscolaire

- D'après la délibération de la CODAJE en date du 8 décembre 2009 ;
- Vu la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Vu le décret n°2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique (article R 2324-17) ;
- Vu le décret n°2006-923 du 26 juillet 2006 relatif à la protection des mineurs accueillis hors du domicile parental et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles (art. R227-23 et R227-25 relatifs au projet éducatif) ;
- Vu la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 concernant l'Accueil des Enfants et Adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période ;

Un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être proposé pour aider à l'accueil des enfants en situation de handicap et/ou atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Ce PAI permet de définir les aménagements nécessaires à la bonne prise en charge de l'enfant et aux conduites à tenir en cas d'urgence. Il est signé par les parents ou représentants légaux et la collectivité d'accueil petite enfance ou par les parents et l'assistante maternelle et ne dispense pas d'une ordonnance au nom de l'enfant si besoin est.

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Adresse :	Commune :

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque situation individuelle, liée à la déficience, l'incapacité, le désavantage, ou encore la pathologie et « de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Y compris parfois certaines informations d'ordre médical (traitements, régimes, ...)

Ceci dans l'objectif d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil ou l'assistante maternelle proposent un accueil et des activités adaptés et, le cas échéant, lui permettent de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence.

Les professionnels sont eux-mêmes astreints au devoir de discrétion ou au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

La famille peut adresser, sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite transmettre au médecin signataire du PAI.

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

Signature du représentant légal :

Date :

PARTIES PRENANTES

Parents ou représentant légaux :

Parents	Père	Mère	Autre représentant légal
Nom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			
Messagerie			

Le médecin traitant ou spécialiste de l'enfant :

Nom	
Qualité	
Adresse	
Téléphone	
Messagerie	

Le médecin référent de la structure ou de PMI

Nom	
Qualité	
Adresse	
Téléphone	
Messagerie	

L'accueillant (assistant maternel, EAJE, ACM, garderie périscolaire)

Nom	
Qualité	
Adresse	
Téléphone	
Messagerie	

MODALITES D'ACCUEIL ET PERSONNES RESSOURCES

Assistant(e) Maternel(le)	EAJE	Etablissement spécialisé
Puéricultrice de PMI Nom : Coordonnées :	Directeur de l'établissement Nom : Coordonnées :	Directeur de l'établissement Nom : Coordonnées :
Médecin de PMI Nom : Coordonnées :	Référent de l'enfant Nom : Coordonnées :	Educateur référent Nom : Coordonnées :
	Médecin de l'Etablissement Nom : Coordonnées :	Enseignant référent Nom : Coordonnées :
	Puéricultrice de PMI Nom : Coordonnées :	

Ecole	Accueil de loisirs	Garderie Périscolaire
Enseignant Nom : Coordonnées :	Directeur Nom : Coordonnées :	Animateur Nom : Coordonnées :
Enseignant référent Nom : Coordonnées :	Animateur référent Nom : Coordonnées :	Médecin de PMI Nom : Coordonnées :
Médecin scolaire Nom : Coordonnées :	Médecin scolaire Nom : Coordonnées :	Médecin de Famille Nom : Coordonnées :
ATSEM Nom : Coordonnées :	Médecin de PMI Nom : Coordonnées :	
AVS Nom : Coordonnées :		
EVS Nom : Coordonnées :		

TRAITEMENT et/ou AMENAGEMENTS PARTICULIERS

1. Traitement médicamenteux : prise de médicaments par voie orale ou inhalation :

- Sur demande écrite des parents (à joindre)
- En application à l'ordonnance du médecin (à joindre)
- Donné par :

Nom du médicament	Doses	Durée du traitement

2. Autres traitements : (Avec ordonnance jointe)

(Ex : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie,...)

Nom du professionnel	Discipline	Durée et rythme des interventions

3. Besoins spécifiques :

- ✓ rythmes de l'enfant :

- ✓ matériel spécifique :

- ✓ surveillance particulière :

- ✓ installation de l'espace de vie :

4. Régime alimentaire et/ou panier repas :

1. Le repas de midi :

- Paniers repas seuls autorisés
- Menu habituel avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Restauration collective autorisée
- Autre (préciser)

2. Les goûters :

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par la famille
- Autre (préciser)

5. Les activités d'art plastique :

(A titre d'exemple pour les allergies, une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux)

6. Activités physiques et motrices :

7. Transports et déplacements :

8. Sorties :

Le PAI cependant ne saurait se dispenser d'un dialogue permanent entre le(s) parent(s) ou représentant(s) légal(ux) de l'enfant et les professionnel(le)s de l'accueil.

Les parties signataires du PAI s'engagent à l'évaluer aussi souvent que nécessaire en vue de le réajuster à l'issue d'une période d'adaptation et d'observation préalablement et conjointement déterminée, mais également en fin de période d'accueil.

Signataires

EAJE	Accueil Collectif de Mineurs	Garderie périscolaire	Accueil individuel
<ul style="list-style-type: none"> - Parents et/ou représentants légaux - Directeur(rice) - Animateur(rice) référent(e) - Médecin de Crèche ou de PMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents et/ou représentants légaux - Directeur(rice) - Animateur(rice) référent(e) - Représentant de l'établissement scolaire - Médecin scolaire ou médecin de famille - Médecin de PMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents et/ou représentants légaux - Maire/ Président de la collectivité locale ou son représentant - Animateur Médecin de famille ou médecin de PMI 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents et/ou représentants légaux - assistant(e) maternel(le) - Puéricultrice / Infirmière PMI Médecin de famille ou médecin de PMI

Nom de l'enfant :
(à renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

SAMU : 15

LIEUX OU SONT STOCKES LES MEDICAMENTS :

SIGNES D'APPEL	CONDUITES A TENIR

REFERENT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU

→ Noter l'ordre de prépondérance :

Père :

Tél.travail :

Tél.dom :

Portable

Mère :

Tél.travail :

Tél.dom :

Portable

Médecin-traitant : Nom :

Tél.

Médecin spécialiste : Nom :

Tél.

Autre : Nom :

Tél.

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je, soussigné(e).....Représentant légal de

.....

Autorise.....

.....

A administrer à les médicaments prescrits par le

Docteur.....

Selon le protocole défini à la page 3 du Projet d'Accueil Individualisé.

Fait à

le

Signature

DATE ET SIGNATURES :

Fait à

le

Signatures :

Qualité	Signatures
◆ Père	
◆ Mère	
◆ Autre responsable légal	
◆ Médecin PMI	
◆ Puéricultrice de PMI	
◆ Assistante maternelle	
◆ Directrice de l'établissement d'accueil	
◆ Médecin de l'établissement	

Nom de l'enfant :
(à renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE (DIABETE)

SAMU : 15

LIEUX OU SONT STOCKES LES MEDICAMENTS :

<u>SIGNES D'APPEL</u>	CONDUITE A TENIR
<p>➤ SIGNES MINEURS</p> <p>⇒ Malaise hypoglycémique</p> <ul style="list-style-type: none">- sensation de faim- pâleur, sueur froide- fatigue, vertiges, troubles de la vue- troubles du comportement, de la parole <p>➤ SIGNES MAJEURS</p> <p>⇒ PERTE DE CONNAISSANCE</p> <p>◆ Dès la reprise de connaissance, donner du SUCRE</p>	<p>➤ METTRE AU REPOS</p> <p>➤ DONNER DU SUCRE</p> <p style="text-align: center;">URGENCE</p> <p>1. INJECTION DE GLUCAGEN</p> <p>2. APPEL DU 15</p>

REFERENT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU

→ Noter l'ordre de prépondérance :

Père :

Tél.travail :

Tél.dom :

Portable

Mère :

Tél.travail :

Tél.dom :

Portable

Médecin-traitant : Nom :

Tél.

Médecin spécialiste : Nom :

Tél.

Autre : Nom :

Tél.

Nom de l'enfant :
(à renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE (ASTHME)

SAMU : 15

LIEUX OU SONT STOCKES LES MEDICAMENTS :

EN CAS DE	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
De crise d'asthme	<ul style="list-style-type: none">- Difficultés respiratoires- Sifflements audibles- Changement de coloration de la peau	<p><u>VENTOLINE</u> SPRAY</p> <p><u>BECOTID</u> SPRAY</p> <p><i>Si pas d'amélioration après.....</i></p> <p><u>CELESTENE</u> gouttes (dose ?)</p>

Nom de l'enfant :
(à renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE (ALLERGIES)

SAMU : 15 ou 112

Type d'allergie :

LIEUX OU SONT STOCKES LES MEDICAMENTS :

EN CAS DE	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
Urticaire aigu	<ul style="list-style-type: none">- Démangeaisons- Survenue d'une éruption localisée ou généralisée	
Crise d'asthme aiguë	<ul style="list-style-type: none">- l'enfant se plaint de ne pouvoir respirer correctement- sifflements respiratoires audibles- changement de coloration	
Œdème de Quincke	<ul style="list-style-type: none">- l'enfant a les lèvres qui gonflent- il s'aphysie- apparition d'une voix rauque	ALERTER LE SAMU
Perte de connaissance	<ul style="list-style-type: none">- enfant a un malaise, s'exprime difficilement ou perd connaissance, après ou non une crise d'asthme- ce malaise se situe en dehors d'un contexte traumatique	<u>Allonger l'enfant en position latérale de sécurité</u> <u>ALERTER LE SAMU</u>

LETTRE POUR LES PARENTS

**A Mme, M.
Parents de**

Madame, Monsieur,

Vous m'avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins dans l'établissement ou chez l'assistante maternelle, où il est accueilli.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI), pour lequel vous voudrez bien :

- Faire compléter le document ci-joint (protocole de soins d'urgence), **par le médecin traitant ou le cas échéant médecin spécialiste qui suit votre enfant.**
- Joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence prescrits (les médicaments cités dans le protocole de soins d'urgence doivent être les mêmes que ceux mentionnés sur l'ordonnance).

Ces documents devront être retournés sous enveloppe cachetée

- au Médecin de la structure d'accueil
- au médecin de PMI en cas d'accueil chez une assistante maternelle.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (attention les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux écrits sur le protocole de soins d'urgence sans substitution).

L'accueillant.