

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)



Photo

ANNEE 20__

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Enfant concerné

Nom – Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / 20__

Adresse du domicile de l'enfant : _____

Etablissement fréquenté par l'enfant : _____

Parties prenantes

➤ Coordonnées des responsables légaux de l'enfant

Nom – Prénom	Adresse (si différente de l'enfant)	Téléphone
<input type="checkbox"/> Mère :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Père :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail

➤ Responsable de l'établissement : _____

➤ Médecin de crèche : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➤ Médecin traitant : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➤ Médecin spécialiste ou Service spécialisé : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Référents à contacter en cas d'urgence

Parents ou responsables légaux

SAMU 15

Médecin traitant ou service spécialisé

Autre : _____

_____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___



Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

Besoins spécifiques de l'enfant

- ➔ Type de la prise en charge (médicale, pédagogique) – Coordonnées des personnes ou organismes concernés (kiné, infirmière, service de soins, etc.) – Fréquence et horaires des interventions – Lieu d'intervention (dans ou hors de l'établissement d'accueil).
- ➔ Rythme adapté (horaires, repos, etc.) – Accessibilité des locaux – Restauration – Sanitaires – Mobilier adapté (siège, table, éclairage, etc.) – Temps pour prise de médicaments ou autres soins.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aménagements à mettre en œuvre

- Prise médicamenteuse – orale / inhalée :
-
-
- Rééducation pendant le temps d'accueil :
-
-
- Restauration et collation pendant le temps d'accueil :
-
-
- Lors de déplacement, sortie du lieu d'accueil :
-
-
- Autres :
-
-
-
-

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

Signataires

Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :
Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :

Reconduction du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

- ➔ Ce document nécessite **un renouvellement chaque début d'année** (le PAI est valable sur l'année civile du 1^{er} janvier au 31 décembre) **à la demande des parents.**
- ➔ Si aucune modification dans le traitement ou protocole n'est intervenue, le présent Projet d'Accueil Individualisé est reconduit à l'identique.
- ➔ Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance médicale en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte des dates de péremption.

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	