CONSTITUTION D'UN DOSSIER
Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire

Ci-joint-à remplir et à retourner à l'accueil de loisirs :

Pour tous les cas d'allergie alimentaires :

- 1ère partie : à remplir et signer par les responsables légaux et le médecin de l'enfant (pages 2 et 3)
- 2ème partie : à remplir et signer par le médecin de l'enfant (4 et 5)
- Fiche « personnes à prévenir en cas de trouble » et fiche « identité des personnes qui prennent en charge l'enfant » à remplir par les responsables légaux de l'enfant est à faire signer par les responsables légaux le médecin prescripteur, responsables de site périscolaire, Président de la Communauté de communes ou le responsable du service Enfance-Jeunesse

Document supplémentaire EN CAS D'ALLERGIE ALIMENTAIRE (Annexes 1 à 4)

- PROTOCOLE DU « PANIER REPAS »

- ENGAGEMENT DE LA FAMILLE Protocole d'Accueil Individualisé « PANIER REPAS »

Pièces et éléments complémentaires à joindre

-Photocopie de l'ordonnance pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence, au nom de l'enfant

- Un bilan allergologie récent

-Médicament prescrit par le médecin et devant être contenue dans la TROUSSE D'URGENCE

La trousse d'urgence est fournie par l'accueil de loisir et les périscolaires. Les tuteurs légaux doivent vérifier **la date de péremption** des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Signature des responsables de l'enfant précédée de la mention « lu et approuvé »

Communauté de communes PERIGORD LIMOUSIN

Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire

Le projet d'accueil individualisé périscolaire (PAI-P) est un document qui organise la vie quotidienne de l'enfant au sein des structures extra-scolaire. Il précise ses besoins thérapeutiques (traitement, régime alimentaire...) pour permettre d'assurer sa sécurité et compenser les inconvénients liés à son état de santé. Ce document écrit permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant en collectivité.

L'enfant

PHOTOGRAPHIE

Nom :……..

Prénoms :…….

Ecole :……..

Niveau scolaire :……... Age :……..……..

Date de naissance :…… Sexe :……..……..

Adresse :……..

Année scolaire du 1er P.A.I -P:……

P.A.I-P reconduit pour l'année scolaire :……..

Régime alimentaire pour raison médicale : *(fournir un certificat médical autorisant l'enfant à déjeuner et gouté au centre de loisirs, le cas échéant un protocole de panier repas peut être envisagé).*

Allergie à :

-…….. .

-…… .

-…… .

-…… .

-…… .

-…… .

Intolérance à :

-…….. .

-…….. .

-…….. .

-…….. .

-…… .

-…… .

Type de menu servis par l'accueil de loisirs :

- ☐ Sans poisson ni fruit de mer
- ☐ Sans Viandes
- ☐ Panier repas apporté par la famille

Traitement Médicaux (quotidien) :

Nom du médicament	Posologie	Heure de prise

Personne habilitée à administrer le traitement : …….…… .

Protocole d'urgence en cas de symptômes :

Symptômes visibles	Geste à effectuer	Traitement à administrer

Dans tous les cas, suite à l'application de ce protocole, un appel au SAMU puis aux parents / tuteurs sera effectué

Composition de la trousse d'urgence (Déposée à l'accueil périscolaire et à l'accueil de loisirs) :
L'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse sont joints en annexe.

La trousse d'urgence contenant les médicaments est prescrite par le médecin, la trousse est fournie par le centre de loisirs et/ou par l'accueil périscolaire. La composition de celle-ci est exclusivement gérée par les tuteurs et se porte garant de leurs dates de péremption.

…….…….. ……

…….…… …….……

…….. ……

…….. …….

AMENAGEMENT SPECIFIQUES

LA RESTAURATION : (cocher obligatoirement un seul choix)

Le médecin estime que :

☐ L'enfant peut se restaurer à la cantine

☐ L'enfant peut se présenter dans une salle de restauration collective mais les tuteurs fourniront un panier-repas pour lequel l'accueil de loisirs demande le respect d'un protocole d'hygiène pour la communication et la conservation des paniers-repas (cf. document joint « protocole du panier repas »)

☐ L'enfant ne peut pas se restaurer dans une salle de restaurations collectives

LES GOUTERS : (Cocher obligatoirement un seul choix)

Le médecin autorise :

☐ Le goûter collectif de la restauration de l'Accueil de loisirs

☐ Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par les tuteurs

LES ACTIVITES :

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux, ou denrées alimentaires :

	Oui	**Non**
Atelier cuisine	☐	☐
Fruit à coques, cacahuètes (arachide)	☐	☐
Pâtes à modeler	☐	☐
Pâte à sel	☐	☐

Autre (préciser)

……
……
……
……
……
……

Aménagements spécifiques :

☐ Attente à éviter à la restauration : …….

☐ Aménagement des locaux : …….…….

☐ Aménagement des transports : …….

☐ Aménagement de l'organisation : …….…….…….....

☐ Vigilance accrue : …….....

☐ Mise à disposition de locaux pour soins :…….

☐ Restriction de certaines activités :.....

☐ Nécessité de formation de l'encadrement :……..

☐ Nécessité d'un accompagnement extérieur :…….

☐ Autre :……

…….....
.....

Structure fréquentée :

☐ Accueil périscolaire matin ☐ Accueil de loisirs les mercredis

☐ Accueil périscolaire soir ☐ Accueil de loisirs durant les vacances

Identité des adultes qui suivent l'enfant :

	Titre/Spécialité	Nom	Téléphone
Médecin traitant			
Médecin spécialiste 1			
Médecin spécialiste 2			

PERSONNES A PREVENIR en CAS DE TROUBLES

Tuteurs légale 1 :

NOM…… Prénoms…….

Adresse……

Téléphone : Domicile :…… Professionnel :……..

Portable :…….

Tuteurs légale 2 :

NOM…… Prénoms…….

Adresse……

Téléphone : Domicile :…… Professionnel :……..

Portable :…….

Tiers personne :

NOM…… Prénoms…….

Adresse……

Téléphone : Domicile :…… Professionnel :……..

Portable :…….

Médecin :

NOM…… Prénoms…….

Adresse……

……

Téléphone Professionnel :……..

Service hospitalier

Nom de l'hôpital / Service ……..

Téléphone …….

Identité des personnes qui prennent en charge l'enfant :

Le responsable du site périscolaire		Service Enfance-Jeunesse de la Communauté de communes Périgord-Limousin Coordinatrice : Cécilia Casaro **06 49 31 06 32** **05 53 62 20 10**
Le responsable de l'accueil de loisirs		
L'équipe d'animation	*Animateur diplômé selon la législation*	

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

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans la structure périscolaire et/ou dans l'accueil de loisirs qu'il fréquente.

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

Fait à : ……. Le …. /…/… .

Signataires (date, nom et signature)

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.

Responsables légaux :	Le médecin prescripteur :
Responsables de site : *(Avec le Nom du ou des sites)*	Président de la Communauté de communes ou Responsable du service Enfance-Jeunesse