

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Établissement :

Adresse :

Téléphone :

Directeur :

Médecin référent de la structure :

Enfant concerné :

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Responsables légaux (parents ou personnel) :

Monsieur Madame

Nom :

N° téléphone domicile

N° téléphone travail

N° téléphone portable

Personnes à prévenir rapidement en cas de trouble :

Monsieur Madame

Nom :

N° téléphone domicile

N° téléphone travail

N° téléphone portable

Coordonnées des personnes qui suivent l'enfant :

Médecin qui coordonne le suivi de l'enfant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Établissement Hospitalier :

Nom du médecin :

Nom du Service :

N° de téléphone :

Autres renseignements :

Autres : Pédopsychiatre, Psychologue, Allergologue, CAMPS, SESSAD,

Kinésithérapeute, Psychomotricien, Orthophoniste, Service Social, etc.

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Traitement médical (joindre les ordonnances) :

Régimes alimentaires et intolérances (joindre les ordonnances) :

Allergies :

Protocole type d'intervention en cas d'urgence :

	Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir
Signes cliniques mineurs (nécessitent une prise en charge plus attentive)		
Signes cliniques majeurs (nécessitent des mesures à prendre en urgence)		

Trousse d'urgence :

Nom du médicament	Posologie	Posologie Voie d'administration	Lieu de rangement	Adulte pouvant administrer le traitement

Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double du 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 médecin de l'établissement d'accueil en cas de changement de la prescription médicale.

Jours et horaires de présence de l'enfant :

Compétences de l'enfant :

Difficultés de l'enfant :

Objectifs de cet accueil (qui déclineront les moyens mis en place ci-dessus) :

Signatures des personnes concernées (merci d'indiquer vos noms, prénoms 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.

Le P.A.I. est valable pour l'année, il doit être renouvelé ou reconduit chaque année.

Le Directeur de la structure

Les parents

Le médecin de l'enfant

Le médecin de la structure

Le référent de l'enfant

Le responsable de la restauration

Fait à le/...../....