

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ALSH

ALSH: .....

Année Scolaire: .....

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

- Athmes
- Allergies
- Panier repas
- Diabète
- Autres pathologies: .....

Je soussigné, ..... représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé 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 l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (TELEPHONE)

- Samu : 15 ou 112 (téléphone portable)
- Domicile des parents :
- Père : portable ..... travail : .....
- Mère : portable ..... travail : .....
- Autre personne : .....  
portable : ..... travail : .....
- Médecin traitant : .....
- Médecin spécialiste : .....

## **Pour tous les enfants concernés**

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

- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence :
  
- Les trousse 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 médecin de l'éducation nationale ou de PMI en cas de changement de la prescription médicale.

### ➤ **En cas de déplacement : sorties**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer le personnel de l'existence du PAI et l'appliquer

## **Besoins spécifiques de l'élève**

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

**Signature du PAI et date :**

Directeur de l'ALSH

Elu représentant  
la collectivité