

# 13/ LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

## 13-1 MODÈLE DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE L'ACCUEIL DES JEUNES ENFANTS

Ce document s'appuie sur la Circulaire du projet d'accueil n°2003-135 du 18/09/2003 (bulletin officiel n°34 du 8/09/2003).

*"Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.*

*Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent".*

Ce document est avant tout une démarche d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants : des parents, de l'équipe, du médecin de la structure, médecin traitant et du spécialiste qui suivent l'enfant et ce, dans l'intérêt d'un accueil cohérent de l'enfant.

Le projet d'accueil individualisé définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant, au sein de la structure. La présentation d'un certificat médical est obligatoire.

### ÉTABLISSEMENT

Adresse :

Téléphone :

Directeur :

Médecin référent de la structure :

Projet établi le :

### ENFANT CONCERNÉ

Nom	Prénom
Adresse :	
Date de naissance :	

### RESPONSABLES LÉGAUX (PARENTS OU PERSONNEL)

	Monsieur	Madame
<b>Nom</b>		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

### PERSONNES À PRÉVENIR RAPIDEMENT EN CAS DE TROUBLE

	Monsieur	Madame
<b>Nom</b>		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

### COORDONNÉES DES PERSONNES QUI SUIVENT L'ENFANT

Médecin qui coordonne le suivi de l'enfant

<b>Nom</b>
Adresse :
Téléphone :

### ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

<b>Nom du médecin :</b>
<b>Nom du service :</b>
N° de téléphone :
Autres renseignements :

**AUTRES : PÉDOPSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, ALLERGOLOGUE, CAMPS, SESSAD, KINÉSITHÉRAPEUTE, PSYCHOMOTRICIEN, ORTHOPHONISTE, SERVICE SOCIAL, ETC.**

<b>Nom</b>
Adresse :
Téléphone :

<b>Nom</b>
Adresse :
Téléphone :

<b>Nom</b>
Adresse :
Téléphone :

**TRAITEMENT MÉDICAL (JOINDRE LES ORDONNANCES) :**

.....  
.....

**RÉGIMES ALIMENTAIRES ET INTOLÉRANCES (JOINDRE LES ORDONNANCES) :**

.....  
.....

**ALLERGIES :**

.....  
.....

**PROTOCOLE TYPE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE :**

	<b>Signes cliniques à surveiller</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<b>Signes cliniques mineurs</b>		
<b>Signes cliniques majeurs</b>		

**TROUSSE D'URGENCE :**

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

**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) :**

.....  
.....  
.....  
.....

**PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE**

**Horaires adaptés :**

.....

**Personnel nécessaire et/ou spécifique :**

.....

**Référents :**

.....

**Aménagement de l'espace et/ou mobilier adapté :**

- Dans la salle de jeux
- Installation au sol
- Installation sur l'adulte
- Installation lors des changes
- Installation pour la sieste
- Installation lors des repas
- Mode d'administration et type de repas

**SIGNATURE DES PERSONNES CONCERNÉES**

- Médecin de l'établissement
- Médecin spécialiste