



Projet d'accueil individualisé

Renseignements administratifs :

Enfant		Photo De L'enfant
Nom Prénom :		
Adresse :		
Date de naissance :		
Numéro Sécurité Sociale		
École / Classe Fréquentées :		
Accueil périscolaire fréquenté :		

Parents ou tuteurs légaux	
Parent 1 ou tuteur légal 1	
Nom Prénom :	
Adresse	
Tel Domicile	
Tel Professionnel :	
Tel Portable :	
Parent 2 ou tuteur légal 2	
Nom Prénom :	
Adresse :	
Tel Domicile :	
Tel Professionnel :	
Tel Portable :	

Renseignements médicaux :

Médecin traitant	
Nom Prénom :	
Adresse :	
Téléphone d'urgence :	
Description de la (ou des) pathologie(s) nécessitant le PAI	

Signature des parents :

Aménagements Spécifiques (à remplir et signer par un médecin):

La pathologie a-t-elle une incidence sur la composition des repas de l'enfant :	☐ non ☐ oui, la famille doit fournir quotidiennement un repas de substitution complet (entrée, plat, laitage, dessert et pain, goûter)
L'enfant peut-il participer aux sorties :	☐ oui ☐ non Conditions particulières :
Une trousse de secours doit-elle être fournie :	☐ oui ☐ non
Lieu de stockage de la trousse : (À préciser et communiquer par le directeur de l'accueil)	 Au frais : ☐ oui ☐ non
Quelles sont les autres préconisations :	

Contenu de la trousse de secours : Fournir obligatoirement l'ordonnance

1 >	
2 >	
3 >	
4 >	
5 >	
6 >	
7 >	

Docteur :
Cachet :
Signature :

signatures des parents



Tableaux des prescriptions médicales :
(Faire remplir et signer par le médecin)

Description des Symptômes	Causes	Traitement prescrit
1>		
2>		
3>		
4>		
5>		
6>		
7>		
8>		

Docteur :
Cachet :
Signature :

Signataires du Projet

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document.

Les professionnels concernés par le P.A.I sont astreints à la confidentialité et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant en cas d'urgence.

Les familles s'engagent à informer le service enfance de tout changement de situation ayant une incidence sur les conditions d'accueils de l'enfant.

Nom – Prénom de l'enfant		
	Date	Signature :
Parents1 :		
Parents 2 :		
Représentant de la municipalité :		
Directeur ALSH :		
Directeur adjoint ALSH:		