

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

VILLE DE VEAUUCHE

Année scolaire 2018 – 2019

Ce PAI est valable pour l'année scolaire seulement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom Prénom :

Sexe: F M Né(e) le/...../.....

Ecole fréquentée: Classe:

Tél domicile:

PHOTO A
COLLER
(Obligatoire)

PERSONNES A CONTACTER

Représentant légal: Père / Mère / Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Père: Nom Prénom:

N°Port. : N° Prof.:

Mère: Nom Prénom:

N°Port. : N° Prof.:

Autre: Nom Prénom:

N°Port. : N° Prof.:

SAMU: 15 ou 112

TYPE D'ALLERGIE / PROBLEME MEDICAL

Allergie alimentaire

Intolérance alimentaire

Asthmatique

Autre:

MEDECIN REFERENT / TRAITANT

Nom: N° Tél. :

Nom: N° Tél. :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

(À remplir par le médecin en conformité avec l'ordonnance à joindre)

Prise de médicaments (joindre l'ordonnance) :

.....
.....

Autres soins :

.....
.....

Régime alimentaire spécifique (joindre l'ordonnance):

.....
.....

Aménagement spécifique / Recommandations:

.....
.....

PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE / CONDUITE A TENIR:

L'enfant peut posséder en permanence sa trousse sur lui sous la responsabilité des parents et avec l'avis du médecin: Oui Non

Les parents s'engagent à fournir les médicaments et l'ordonnance dans une trousse (avec le nom de l'enfant) pour tous les types d'accueil (Restauration scolaire - accueil périscolaire - accueil de loisirs). Les parents veilleront à renouveler les médicaments périmés ou utilisés pour chacune des trousse.

Date, nom et signature du médecin:

Je soussigné Mr-Mme, responsable légal de l'enfant demande la mise en place d'un PAI et autorise mon enfant à prendre le traitement prescrit ci-dessus sous l'autorité du personnel communal de Veauche, conformément à l'ordonnance jointe, et ce, dans le cadre de tous les types d'accueil de la commune.

Date, nom et signature du responsable légal:



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)
VILLE DE VEAUCHE

Année scolaire 2018 – 2019

Ce PAI est valable pour l'année scolaire seulement.

**DECISION DE LA COMMISSION (Parents - Personnel communal - Elu)
dans le cas d'allergie ou intolérance alimentaire**

Date de la Commission:/...../.....

Panier repas fourni par les parents (Dans un sac isotherme)

Goûter fourni par les parents (Dans un sac isotherme)

Eviction des aliments gérée par les services communaux:

.....
.....

Date, nom et signature de l'Elu (e) de la commune:

Date, nom et signature du responsable légal: