

Accueil périscolaire « les Barbapapas »

8, rue du Moulin - 68510 SIERENTZ

Tel : 03.89.83.91.85.

periscolaire@mairie-sierentz.fr

Protocole d'Accueil Individualisé

Le PAI, protocole d'accueil individualisé, facilite l'accueil d'enfants porteurs de handicap(s) ou de troubles de la santé. Il guide l'équipe encadrante dans l'accompagnement de vos enfants et donne des consignes précises à suivre en cas d'urgence médicale.

Il est propre à chaque enfant et peut évoluer au cours de l'année, au fil de nos rencontres et observations.

L'ENFANT (et ses Représentants)

NOM et Prénom : _____

Âge : _____ Classe : _____

NOM et Prénom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ (domicile) _____ (travail)

_____ (portable)

Adresse mail : _____

COORDONNEES DES PROFESSIONNELS ACCOMPAGNANTS

	Nom	Téléphone	Adresse mail
<i>L'enseignant qui encadre l'enfant</i>			
<i>L'organisateur de l'ACM</i>	Ville de SIERENTZ	03 89 81 51 11	animation@mairie-sierentz.fr
<i>Le directeur(trice) de l'ACM</i>	Farah BEY	03 89 83 91 85	periscolaire@mairie-sierentz.fr
<i>L'animateur référent de l'enfant</i>			
<i>Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie</i>			
<i>Autres professionnels qui accompagnent l'enfant : psychologue, assistant social, éducateur, etc.</i>			

LES BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Nous avons listé ici un certain nombre d'aménagements et/ou de moyens pédagogiques que nous avons la possibilité de mettre en place aux Barbapapas.

Cocher les cases qui peuvent correspondre à des besoins spécifiques de votre enfant et/ou compléter la partie libre.

- Régime alimentaire spécifique
- Salle en rez-de-chaussée ou accessible par l'ascenseur
- Mobilier adapté (à définir selon les possibilités)
- Lieu de repos, possibilité de s'isoler à chaque fois que l'enfant en ressent le besoin
- Activités calmes
- Temps et/ou espace pour se défouler
- Aménagement des activités physiques (selon avis médical)
- Repères quotidiens fixes (salle de repas, vestiaire, coins permanents, ...)
- Possession d'un objet « totem » rassurant pour l'enfant (doudou, porte-bonheur, anti-stress, photo, ...)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Consignes éventuelles et suivi pédagogique particulier :

PRISE EN CHARGE MEDICALE COMPLEMENTAIRE AU SEIN DE L'ACCUEIL

(Partie à remplir lors de la première rencontre avec l'équipe de direction – UNIQUEMENT EN CAS DE NECESSITE)

- Intervention d'un kinésithérapeute (coordonnées, heure et jour(s) d'intervention) :

- Intervention d'un personnel soignant (coordonnées, heure et jour(s) d'intervention) :

- Autre professionnel (coordonnées, heure et jour(s) d'intervention) :

TRAITEMENT MEDICAL

(Ordonnance du médecin à remettre lors de la première rencontre avec l'équipe de direction)

Nom du/des médicament(s) : _____

Dosage(s) : _____

Voie d'administration : _____

Fréquence/horaires : _____

REGIME ALIMENTAIRE

Nature de(s) l'allergie(s) : _____

Pathologie : _____

Besoins liés : Paniers repas **QUOTIDIENS** (fournis par la famille)

Paniers repas **SELON MENUS** (fournis par la famille)

Collations supplémentaires fournies par la famille (diabète – heures à préciser)

Autre : _____

PROTOCOLE D'URGENCE (Facultatif, selon réactions allergiques et pathologies)

Nature de l'urgence : _____

Signes d'alerte : _____

Symptômes visibles : _____

Mesures à prendre (dans l'attente de l'arrivée de la famille et/ou des secours) :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Numéroter les informations suivantes par ordre de priorité.

N° _____ **Responsable légal 1** _____ (nom)

- Domicile : _____

- Travail : _____

- Portable : _____

N° _____ **Responsable légal 2** _____ (nom)

- Domicile : _____

- Travail : _____

- Portable : _____

N° _____ **Médecin traitant** _____ (nom)

Téléphone : _____

N° _____ **SAMU (15 ou 112)**

N° _____ **Pompiers (18)**

N° _____ **Service hospitalier** _____ (personne contact)

Téléphone : _____

SUIVI DE L'ENFANT (Observations, objectifs pédagogiques et moyens mis en œuvre)

Voir document annexe.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature :

	Observations		Signatures	
1ère rencontre en date du __ / __ / ____ (premier trimestre)	Objectifs pédagogiques	Moyens mis en œuvre	Responsable légal	
			Directeur(trice) de l'accueil	
	Evaluations			
			Animateur référent	
2ème rencontre en date du __ / __ / ____ (deuxième trimestre)	Objectifs pédagogiques	Moyens mis en œuvre	Responsable légal	
			Directeur(trice) de l'accueil	
	Evaluations			
			Animateur référent	
3ème rencontre en date du __ / __ / ____ (troisième trimestre)	Objectifs pédagogiques	Moyens mis en œuvre	Responsable légal	
			Directeur(trice) de l'accueil	
	Evaluations			
			Animateur référent	

