

## Accueil périscolaire « les Barbapapas »

8, rue du Moulin / 2, rue Clémenceau - 68510 SIERENTZ

Tel : 03.89.83.91.85. / 03.89.81.06.69

[periscolaire@mairie-sierentz.fr](mailto: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.

Seules les parties par lesquelles votre enfant est concerné sont à remplir.

## 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>	Chowaniec Agnieszka (pôle 3-6 ans)	03 89 83 91 85	periscolaire@mairie-sierentz.fr
	Alicia Herrenbruck (pôle 6-10 ans)	03 89 81 06 69	
<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 :