

Notice explicative

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

La PROCÉDURE EN 5 ÉTAPES



1

Complétez et signez le dossier d'instruction en vue de la mise en place d'un P.A.I.



Médecin ou allergologue

2

En cas d'allergies, ou maladie spécifique, faites rédiger le protocole d'urgence par votre médecin traitant ou allergologue (valable 1 an)



Accoord

3

Transmettez le dossier, ainsi que le protocole d'urgence à l'Accoord. Si nécessaire, fournissez la trousse d'urgence.



Directeur.ice de l'Accueil de loisirs

4

En situation de handicap, vous aurez rendez-vous avec la-le responsable de l'Accueil de loisirs



5

Votre enfant peut prendre part aux activités en toute sécurité

Un P.A.I. est valable pour une année scolaire et doit être réactualisé chaque année.

Lors de la création, ou de la mise à jour annuelle, de votre Dossier Accoord sur Nantes eServices, ou auprès d'un secrétariat, vous avez signalé que votre enfant nécessite un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.). Afin de pouvoir l'accueillir dans les meilleures conditions, et d'être en possession de tous les éléments nécessaires, nous vous demandons de lire avec attention cette note explicative avant de compléter le formulaire.

Le PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Ce document est indispensable. Il doit être rédigé par votre médecin traitant ou votre allergologue et daté de moins d'un an. En cas d'allergie, il doit mentionner le régime alimentaire de votre enfant. Nous vous recommandons de garder un double de ce protocole d'urgence auprès de vous.

La TROUSSE D'URGENCE

Faites une trousse d'urgence avec tous les médicaments nécessaires en cours de validité. Joignez-y la prescription médicale, ainsi que le protocole d'urgence. Marquez le nom et le prénom de votre enfant sur chaque

boîte de médicament et inscrivez-le également en évidence sur la trousse d'urgence (La trousse ne peut pas être un sac plastique). Il est de votre responsabilité que les dates de péremption des médicaments soient compatibles avec la durée de l'activité à laquelle votre enfant est inscrit-e.

LES REPAS HYPOALLERGÉNIQUES

Pour les enfants présentant une allergie alimentaire, l'Accoord fait appel à la société OREDIA pour la fourniture de repas frais, spécifiquement réalisés et donc différents des repas classiques. La commande des repas s'effectue à minima 10 jours avant la date de l'activité afin de garantir la sécurité des enfants.

MON ENFANT CHANGE D'ACCUEIL DE LOISIRS EN COURS D'ANNÉE ?

J'informe le secrétariat et la-le directrice-teur de la situation de mon enfant et je fournis la trousse d'urgence.

BESOIN D'aide ?

Notre référent-e inclusion est joignable au 06 68 94 07 85.



IMPORTANT

L'enfant ne sera accueilli que si la-le responsable de l'activité a en sa possession :

1. Le protocole d'intervention en cas d'urgence signé du médecin traitant ou de l'allergologue
2. La trousse d'urgence correspondant au protocole d'urgence
3. Le dossier d'instruction du P.A.I. de l'Accoord dûment rempli et signé par vos soins.

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

COCHER LA/LES CASE/S CORRESPONDANTE/S ET FOURNIR LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

ALLERGIES ALIMENTAIRES

- ORDONNANCE DU MÉDECIN / ALLERGOLOGUE
- PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

MALADIES CHRONIQUES (ASTHME, ÉPILEPSIE, HÉMOPHILIE, DIABÈTE...)

- ORDONNANCE DU MÉDECIN
- PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

EN SITUATION DE HANDICAP

- NOTIFICATION MDPH
- NOTIFICATION AEEH

1. INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

Nom : _____

Fille Garçon

Prénom : _____

Date de naissance :

Ecole ou établissement fréquenté : _____

__ / __ / ____

Accueil de loisirs fréquenté : _____

2. COORDONNÉES DES PARTIES PRENANTES

Responsable légal·e 1

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _ _ _ _ _

Responsable légal·e 2

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _ _ _ _ _

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _ _ _ _ _

Service hospitalier ou allergologue

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _ _ _ _ _

3. NATURE DE LA MALADIE OU DE L'AFFECTION

Nature de la (des) maladie(s) médicalement reconnue(s) : _____

Nature du(des) handicap(s) reconnu(s) : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'une notification MDPH ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui Non

Si oui, quelle est sa date d'échéance ? __ / __ / ____

Merci de fournir les photocopies des notifications MDPH et AEEH.



IMPORTANT

Si votre enfant est en situation de handicap un rendez-vous sera fixé avec le·la responsable de l'accueil de loisirs. Cet entretien permettra d'identifier notre capacité à accueillir votre enfant au regard des besoins spécifiques, des adaptations possibles ainsi que les modalités d'accueil et de suivi.

4. ALIMENTATION

Nécessité d'un repas spécifique fourni par l'Accoord

Une simple éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :

par l'enfant (lui-même)

par l'équipe encadrante (dans cas, nous prenons contact avec vous)

Nature des allergènes médicalement reconnues : _____

Consommation autorisée des produits portant la mention d'étiquetage de précaution ("Peut contenir des traces de...") ?

Oui

Non

5. TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant a-t-il un traitement médical (hors protocole d'urgence) ? Oui Non

Si oui, merci de joindre la photocopie de l'ordonnance et de préciser le nom du ou des médicaments, ainsi que la posologie :

Durée journalière : _____

Horaires : _____

Autre, préciser : _____

Pour les enfants asthmatiques

Médicaments à prendre avant un effort physique soutenu : _____

Agents provocateurs de crise d'asthme connus : _____

Pour tous les types de maladies chroniques

Autres préconisations si nécessaires : _____

6. AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

Dans le cadre des activités sportives

Piscine : _____

Autres activités : _____

Dans le cadre des transports : _____

Dans le cadre des activités extérieures : _____

Nécessité de locaux adaptés pour soins particuliers : Oui Non Si oui, lesquels : _____

7. AUTORISATIONS PARENTALES ET SIGNATURE(S)

Je soussigné(e) : _____

Mère

Père

Autre

Né(e) le : __ / __ / ____

Demande et autorise les personnes en charge de l'accueil de loisirs à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à mon enfant.

M'engage à faire connaître immédiatement toute modification de traitement.

M'engage à remettre, en mains propres, au responsable de l'activité ou à un membre de son équipe, la trousse d'urgence à chaque présence de mon enfant.

Signature du/de la responsable légal·e 1

Date : __ / __ / ____

Signature du/de la responsable légal·e 2

Date : __ / __ / ____

Cadre réservé à l'Accoord

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

Trousse d'urgence

Oui

Non

Lieu de stockage de la trousse d'urgence : _____

Médicaments présents dans la trousse d'urgence et dates de validité

__ / __ / ____

__ / __ / ____

__ / __ / ____

__ / __ / ____

La trousse d'urgence doit toujours suivre l'enfant lors de tous les déplacements.

Constaté par le Directeur de l'Accueil de loisirs, le __ / __ / ____

Protocole d'urgence

Oui

Non

Daté du __ / __ / ____ (obligatoirement moins d'un an)

Médecin prescripteur : Nom, Prénom : _____

Tél. : _____

Je soussigné(e) : _____, directeur.trice de l'accueil de loisirs _____

atteste avoir pris connaissance des différentes spécifications mentionnées ci-dessus pour assurer l'accueil de l'enfant _____

Date : __ / __ / ____

Signature :

Cadre réservé à l'Accoord

FICHE DE LIAISON ORÉDIA

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Accueil de loisirs de _____

Identifiant Orédia : AC _____

Allergies : _____

Date : __ / __ / ____

Visa