

**INFORMATIONS DE SANTE ET / OU HANDICAP  
PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ou D'ACCOMPAGNEMENT**

**ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027**

Nom et prénom de l'enfant : ..... N° de dossier : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe en 2026/2027: .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

**A) Votre enfant a des problèmes de santé**

Asthme  Diabète  Allergie alimentaire (précisez) .....

Autre pathologie (précisez) .....

Veillez préciser si son état de santé nécessite ou non un PAI : .....

**B) Votre enfant est-il (elle) en situation de handicap ?**  OUI  NON

**Si oui, merci de transmettre la notification de la CDAPH**

A-t-il (elle) un(e) accompagnant d'élève en situation de handicap AESH ?  OUI  NON

Percevez-vous une Allocation d'Education Enfant Handicapé AEEH ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il (elle) d'accompagnement et/ou de besoins particuliers ?  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Les services Santé/Inclusion et Enfance étudieront le PAI et/ou les besoins particuliers de votre enfant. Ils se réservent le droit de vous convier à un entretien pour un échange sur les possibilités d'accueil aux activités périscolaires et extrascolaires. **L'ouverture des droits aux activités périscolaires et extrascolaires sera effective après validation par les services.**

Le parent signataire du présent règlement atteste, s'il est dans le cas de divorce ou de séparation, informer lui-même l'autre parent bénéficiant de l'autorité parentale de l'inscription de son (ses) enfant(s) aux activités (loi 2002-305 du 4/3/02 du Code État-civil).

Date .....

Signature(s) du(des) parent(s) obligatoire(s)

**► PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) OU ACCOMPAGNEMENT 2026/2027  
 SANTÉ / HANDICAP**

**Nom et prénom** de l'enfant : .....N° de dossier : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe en 2026/2027 : .....

**Pathologie** : .....

Madame, Monsieur,

Pour que votre enfant soit accueilli en toute sérénité au sein des structures de la collectivité (accueils périscolaires et extrascolaires), un protocole doit impérativement être mis en place.  
 Il s'agit de proposer un cadre sécurisant et adapté à chaque enfant pour son bien être ainsi que celui du groupe, tout en respectant le fonctionnement d'un accueil collectif.

Je soussigné(e), Mme, M.....,  
 responsable légal (e) de l'enfant.....  
 - atteste de l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler aux services concernés tout changement de situation concernant mon enfant ;  
 - autorise les services de la mairie à travailler en lien avec l'Education Nationale afin de recueillir des éléments de compréhension vis-à-vis de la situation de mon enfant et travailler en cohérence.

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

NOM-PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent 1 :		☎ Portable ..... ☎ Travail .....
<input type="checkbox"/> Parent 2 :		☎ Portable ..... ☎ Travail .....
<input type="checkbox"/> Autre personne à contacter :		☎ Portable ..... ☎ Travail .....
<input type="checkbox"/> Médecin traitant :		☎ Portable ..... ☎ Travail .....

Le parent signataire du présent règlement atteste, s'il est dans le cas de divorce ou de séparation, informer lui-même l'autre parent bénéficiant de l'autorité parentale de l'inscription de son (ses) enfant(s) aux activités (loi 2002-305 du 4/3/02 du Code État-civil).

Fait à l'Isle d'Abeau, le .....Signature du(des) responsable(s) légal(légaux)

**Enfant** ➤ Nom-Prénom ..... Année scolaire 2026/2027

**Aménagements spécifiques**

Restauration et goûters :

- **Allergies alimentaires** : obligation de fournir un panier repas complet par la famille, pain compris et goûters, pour la cantine, les mercredis loisirs et les vacances scolaires
- Couverts fournis par la famille  Oui  Non
- Eau fournie par la famille  Oui  Non

Autres aménagements matériels spécifiques aux activités péri et extrascolaires (mobilier, motricité...).....

.....  
.....  
.....

Précisions (ex : heure d'arrivée, heure de départ, période d'adaptation) :

.....  
.....  
.....

Autres modalités d'accueil (aménagements particuliers, sorties, ...)

.....  
.....  
.....

Les règles en collectivité s'appliquent à tous les enfants.  
Concernant l'accueil aux activités, les principes suivants devront être respectés, en accord avec la famille :

- La famille devra préparer l'enfant afin de favoriser son inclusion (prendre connaissance du programme d'activités, des règles de vie, expliquer le déroulement de la journée...)
- **Prévenir d'un quelconque changement de traitement médical ou autre qui pourrait influencer sur le comportement de l'enfant**
- Veiller à respecter les horaires d'accueil définis
- En cas de crise, la Collectivité contacte les parents qui s'engagent à venir récupérer l'enfant dans les plus brefs délais
- Autres points (à préciser) :

.....  
.....  
.....

**Enfant** ➤ Nom-Prénom .....Année scolaire 2026/2027

**Conditions de radiation**

En cas de non-respect du présent PAI, de toutes autres situations résultant d'un manquement aux obligations qui incombent aux responsables légaux ou de situation qui risquerait de mettre l'enfant et les équipes en difficulté, les responsables légaux seront contactés immédiatement et devront faire le nécessaire pour récupérer leur enfant, dans les plus brefs délais.

La Mairie souhaite maintenir un lien de confiance et de concertation avec les familles, cependant en cas de non-respect des engagements pris, la Collectivité se réserve le droit de prendre toutes mesures ou toutes sanctions jugées nécessaires allant du rappel à l'ordre d'exclusion temporaire ou définitive de l'enfant.

Le parent signataire du présent règlement atteste, s'il est dans le cas de divorce ou de séparation, informer lui-même l'autre parent bénéficiant de l'autorité parentale de l'inscription de son (ses) enfant(s) aux activités (loi 2002-305 du 4/3/02 du Code État-civil).

Date .....

Signature du(des) responsable(s) légal(légaux)

AVIS TECHNIQUE	
Nom prénom .....  Service : .....	

**Enfant** ➤ Nom-Prénom .....Année scolaire 2026/2027

**PROTOCOLE D'URGENCE - VOLET A REMPLIR PAR UN MEDECIN**

**Pathologie** de l'enfant : .....

La trousse d'urgence est **obligatoirement** identifiée par le nom, le prénom et la photo récente de l'enfant, contenant une ordonnance en vigueur, le traitement à administrer, la copie du PAI.

**Rappel** : *il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler s'ils sont périmés.*

**COMPOSITION MEDICALE DE LA TROUSSE D'URGENCE FOURNIE PAR LA FAMILLE**

**LIEU(X) DE STOCKAGE DE LA TROUSSE D'URGENCE**

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE**

Signe d'appel (noter l'heure)	Conduite à tenir
Démangeaisons, boutons	
Yeux gonflés, éternuements	
Gonflement des lèvres, du visage ou autre partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux, gêne respiratoire, signes d'asphyxie	
Malaise, perte de connaissance	

Prescription médicale :

**Appeler le SAMU**

- Informer de l'existence et du contenu du PAI
- Signaler ce qui a été fait (heure d'apparition des signes cliniques et médicaments donnés). Suivre les instructions
- Avertir ou faire avertir les parents ou ses représentants légaux
- Rester à côté de l'enfant

Date, signature et cachet du médecin