

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

ANNEE SCOLAIRE 2025 / 2026

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

Etablissement scolaire : Classe en 2025/2026 :

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

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

Si oui, merci de transmettre la notification de la CDAPH

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 2025/2026
SANTÉ / HANDICAP**

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

Etablissement scolaire : Classe en 2025/2026 :

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, leSignature du(des) responsable(s) légal(légaux)

Enfant ➤ Nom-Prénom Année scolaire 2025/2026

Aménagements spécifiques :

Restaurant scolaire et goûters :

- Panier repas complet fourni par la famille, pain compris et goûters Oui Non
- 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 (aménagement 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-PrénomAnnée scolaire 2025/2026

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	
<p>Nom prénom</p> <p>.....</p> <p>Service :</p> <p>.....</p>	

Enfant ➤ Nom-PrénomAnnée scolaire 2025/2026

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