

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

À compléter avec les responsables légaux. Le PAI accompagne l'enfant sur ses temps d'accueil collectif et ne remplace pas la fiche sanitaire de liaison.

01 IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET PÉRIODE D'APPLICATION

NOM	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE DU LIEU DE VIE		CODE POSTAL / COMMUNE
☐ Première demande	☐ Adaptation d'un PAI existant	☐ Mise à jour
☐ Vérification annuelle		

02 RESPONSABLES LÉGAUX ET CONTACT PRIORITAIRE

Les coordonnées doivent rester à jour

RESPONSABLE LÉGAL 1 NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	COURRIEL
RESPONSABLE LÉGAL 2 NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	COURRIEL
AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	ORDRE / PRÉCISION
☐ Appeler d'abord le responsable 1		☐ Appeler d'abord le responsable 2	

03 STRUCTURE, RÉFÉRENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Fonctions et coordonnées à actualiser selon la période

SITE / LIEU D'ACCUEIL	APPLICATION DU	AU	☐ Mercredis	☐ Vacances
DIRECTION / RESPONSABLE PRÉSENT	FONCTION	TÉLÉPHONE COMMUNIQUÉ		
PERSONNE CHARGÉE DU SUIVI SANITAIRE	FONCTION	TÉLÉPHONE		
MÉDECIN TRAITANT	TÉLÉPHONE	MÉDECIN SPÉCIALISTE / SERVICE		
MÉDECIN AYANT ÉTABLI LA PARTIE MÉDICALE	TÉLÉPHONE	PAI EXISTANT DATÉ DU		
☐ Copie d'un PAI scolaire ou d'une autre structure jointe		☐ Aucun PAI antérieur		☐ Contacts vérifiés

PARTIE 2 - AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS

À définir de façon concertée. Seules les conséquences utiles à l'accueil sont partagées avec l'équipe ; le diagnostic médical n'a pas à y figurer.

04 PIÈCES NÉCESSAIRES AVANT LA MISE EN ŒUVRE

Sans prescription valide, aucun médicament ne peut être administré

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Fiche sanitaire à jour | ☐ Ordonnance récente et valide (moins de 3 mois lors de sa remise) | |
| ☐ Fiche CAT signée par le médecin | ☐ Prescription du régime médical, si nécessaire | |
| ☐ Médicaments en emballage d'origine | ☐ Notice fournie | ☐ Nom et prénom inscrits sur chaque emballage |
| ☐ Certificat ou avis d'aptitude / inaptitude pour l'activité concernée, si requis | | |

05 CONSÉQUENCES UTILES ET AUTONOMIE DE L'ENFANT

CONSÉQUENCES DU TROUBLE DE SANTÉ UTILES À L'ACCUEIL - SANS DÉTAIL DIAGNOSTIQUE INUTILE

L'ENFANT, SELON SON ÂGE ET SES CAPACITÉS :

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ reconnaît les premiers signes | ☐ sait alerter un adulte | ☐ sait expliquer ses besoins |
|--|---|---|

NIVEAU D'AUTONOMIE, AIDE NÉCESSAIRE, MODE DE COMMUNICATION ET SIGNAUX HABITUELS

06 RYTHME DE VIE, ENVIRONNEMENT ET BESOINS QUOTIDIENS

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Temps de repos | ☐ Hydratation facilitée | ☐ Accès rapide aux toilettes | ☐ Horaires adaptés |
| ☐ Précautions chaleur / soleil | ☐ Précautions froid / pluie | ☐ Hygiène ou changes spécifiques | |

RYTHME, FATIGABILITÉ, HORAIRES ET CONDITIONS DE REPOS

PRÉCAUTIONS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT, AU BRUIT, À LA CHALEUR, AU SOLEIL OU À L'HYGIÈNE

MATÉRIEL SPÉCIFIQUE, ACCESSIBILITÉ OU AIDE HUMAINE NÉCESSAIRE

PARTIE 2 - VIE COLLECTIVE, ACTIVITÉS ET REPAS

Les adaptations sont définies au regard du programme réel de PASS LOISIRS 2.0 et réévaluées si les activités ou les besoins évoluent.

07 ACTIVITÉS PHYSIQUES, SORTIES ET TRANSPORTS

- ☐ Participation sans aménagement
 ☐ Participation avec aménagements
 ☐ Inaptitude partielle
☐ Inaptitude totale à certaines activités
 ☐ Certificat ou avis médical joint

ACTIVITÉS CONTRE-INDIQUÉES OU À LIMITER

ADAPTATIONS, LIMITES, TEMPS DE RÉCUPÉRATION ET ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION

- ☐ Sorties sans nuitée possibles
 ☐ Transport collectif possible
 ☐ PAI et trousse obligatoirement emportés

08 RESTAURATION, ALLERGIES ET COLLATIONS

Uniquement pour un besoin médical prescrit

- ☐ Aucun aménagement médical
 ☐ Régime spécifique garanti par le prestataire
☐ Panier-repas fourni par la famille
 ☐ Éviction des allergènes par le service
☐ Éviction gérée par l'enfant selon ses capacités
 ☐ Plat de substitution selon menu

ALLERGÈNES / ALIMENTS À ÉVITER STRICTEMENT

REPAS, GOÛTER, BOISSONS, PRIORITÉ DE PASSAGE ET AIDE ÉVENTUELLE

CONTAMINATIONS CROISÉES, MATÉRIEL DÉDIÉ, TRANSPORT, STOCKAGE ET CHAÎNE DU FROID

09 INTERVENTIONS ET AUTRES AMÉNAGEMENTS

PROFESSIONNEL / SERVICE INTERVENANT

TELEPHONE

FREQUENCE / HORAIRES

LIEU ET MODALITÉS D'INTERVENTION

AUTRES AMÉNAGEMENTS UTILES À LA PARTICIPATION ET À L'INCLUSION

PARTIE 2 - TRAITEMENTS ET TROUSSE D'URGENCE

Les médicaments sont remis directement à l'équipe. Ils ne doivent jamais rester dans le sac de l'enfant sans organisation prévue par le PAI.

10 TRAITEMENT PROGRAMMÉ PENDANT L'ACCUEIL

Conforme à l'ordonnance jointe

☐ Aucun traitement programmé

☐ Traitement programmé ci-dessous

☐ Protocole complémentaire joint

N°	MÉDICAMENT	DOSE / POSOLOGIE	VOIE	HORAIRE	PERSONNE / AIDE
1					
2					
3					
4					

ORDONNANCE DATÉE DU

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

SURVEILLANCE / DONNÉES À RECUEILLIR

☐ Chaque administration est inscrite au registre de soins

☐ Emballage d'origine + notice + nom de l'enfant vérifiés

11 TROUSSE D'URGENCE ET CONDITIONS D'ACCÈS

☐ Trousse d'urgence fournie

☐ Non nécessaire selon le médecin

☐ PAI dans la trousse

CONTENU COMPLET : MÉDICAMENTS, MATÉRIEL, DOSES ET QUANTITÉS

LIEU DE STOCKAGE SUR LE SITE

PERSONNE CHARGÉE DE LA VÉRIFICATION

☐ Stockage fermé à clé

☐ Accessible rapidement aux adultes chargés du PAI

☐ Traitement conservé sur l'enfant sur prescription

PROCHAINE DATE DE PÉREMPTION À SURVEILLER

EMPLACEMENT / TRANSPORT LORS DES SORTIES

Règle de sécurité : la nature du traitement peut imposer qu'il reste immédiatement disponible. Le PAI et la trousse suivent alors l'enfant lors des sorties et transports, dans un contenant identifié, protégé et accessible aux adultes responsables.

PARTIE 3 - CONDUITE À TENIR EN CAS D'URGENCE (CAT)

Cette partie est obligatoirement complétée, datée et signée par le médecin qui suit l'enfant. Utiliser une fiche DGESCO spécifique lorsqu'elle existe.

12 TYPE DE FICHE MÉDICALE UTILISÉE

- ☐ Fiche standard ci-dessous
 ☐ Fiche DGESCO spécifique jointe :
 ☐ asthme
 ☐ allergie
 ☐ glycémie
 ☐ crise convulsive
 ☐ complication de traitement
 ☐ drépanocytose

ENFANT - NOM / PRÉNOM / DATE DE NAISSANCE

13 DÈS LES PREMIERS SIGNES

Faire chercher la trousse et un téléphone - rester avec l'enfant

SIGNES OBSERVABLES	CONDUITE À TENIR	TRAITEMENT / DOSE

Appliquer uniquement les gestes et doses prescrits. Réévaluer l'état de l'enfant après chaque étape et noter l'heure.

14 SIGNES DE GRAVITÉ OU PERSISTANCE DES SYMPTÔMES

Appeler immédiatement le 15 ou le 112

SIGNES OBSERVABLES	CONDUITE À TENIR	TRAITEMENT / DOSE

15 VALIDATION MÉDICALE DE LA FICHE CAT

FICHE ÉTABLIE POUR LA PÉRIODE DU AU N° D'URGENCE SPÉCIFIQUE AUTRE QUE 15/112

NOM DU MÉDECIN TÉLÉPHONE DATE CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN

VALIDATION, MISE EN ŒUVRE ET SUIVI

Le PAI engage chaque signataire dans son champ de compétence. Toute modification médicale doit être signalée avant sa mise en application.

16 ORGANISATION OPÉRATIONNELLE À PASS LOISIRS 2.0

RÉFÉRENT DE MISE EN ŒUVRE

FONCTION

ÉQUIPE INFORMÉE LE

☐ Fiche CAT lue par les personnels concernés

☐ Gestes / traitement expliqués

☐ Remplaçants informés

INFORMATION / DÉMONSTRATION RÉALISÉE PAR

DATE

PERSONNELS CONCERNÉS

ORGANISATION SPÉCIFIQUE POUR SORTIES, TRANSPORTS ET REMPLACEMENTS

17 AUTORISATIONS ET CONFIDENTIALITÉ

Je demande que les informations strictement nécessaires soient portées à la connaissance des personnels chargés de mon enfant, y compris pour les repas, sorties et transports. J'autorise ces personnels à appliquer les gestes et à administrer les traitements prévus par l'ordonnance et la fiche CAT, dans les limites de leurs compétences.

☐ Accord pour le partage des seules informations nécessaires

☐ Accord pour les gestes et traitements prescrits

Aucun nom, diagnostic ou protocole ne doit être affiché à la vue du public. Les documents sont conservés de façon confidentielle et accessibles uniquement aux personnes chargées de la sécurité de l'enfant.

18 SIGNATURES DE VALIDATION

La partie médicale est signée par le médecin en page 5

RESPONSABLE LÉGAL 1

NOM ET PRÉNOM

DATE

Signature manuscrite après impression

RESPONSABLE LÉGAL 2 - LE CAS ÉCHÉANT

NOM ET PRÉNOM

DATE

Signature manuscrite après impression

DIRECTION / RESPONSABLE DE L'ACCUEIL

NOM ET PRÉNOM

DATE

Signature manuscrite après impression

☐ Ordonnance, CAT, médicaments et matériel reçus

☐ Un exemplaire du PAI est remis / transmis à la famille

19 VÉRIFICATION ANNUELLE, MODIFICATION OU FIN DU PAI

VÉRIFIÉ LE

☐ Poursuite à l'identique

☐ PAI modifié

☐ Fin du PAI

☐ Dossier, trousse et contacts à jour

DOCUMENTS ET MÉDICAMENTS RESTITUÉS LE

À

OBSERVATIONS