

Nom et prénom de l'enfant :

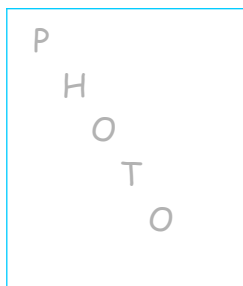


# VILLE DE LAMBERSART

## FORMULAIRE DE RECONDUCTION 2026/2027 DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire du 10-2-2021 (NOR : MENE2104832C)  
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 BO Spécial n°9 DU 28/06/2001

### ENFANT OU ADOLESCENT CONCERNÉ



Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....
Date naissance : ..... / ..... / .....	N° Sécu : .....
Ecole : .....	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

Année Scolaire du 1er PAI : ...../..... PAI reconduit pour l'année scolaire : **2026/2027**

Je soussigné(e) ..... père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant ci-dessous le renouvellement du Projet d'Accueil Individualisé.

- **Sans modification**
- **Avec mise à jour** uniquement Ordonnance de la trousse de secours <sup>(1)</sup> ou protocole soins d'urgence <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Joindre les copies ou faire compléter les formulaires page 3 et 4 par le médecin qui suit l'enfant (Ordonnance médicale et/ou protocole)

### ⚠ TOUTES AUTRES MODIFICATIONS NÉCESSITENT IMPÉRATIVEMENT LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU PAI AVEC LE MÉDECIN SCOLAIRE

#### ➤ Mise à jour des coordonnées des représentants légaux :

	1 <sup>ère</sup> Représentant légal	2 <sup>ème</sup> Représentant légal
Nom		
N° Téléphone domicile		
N° Téléphone travail		
N° Téléphone portable		

#### ➤ Mise à jour des personnes autres que les représentants à contacter en cas d'urgence :

	1 <sup>er</sup> Personne	2 <sup>ème</sup> Personne
Nom		
Liens avec l'enfant		
N° Téléphone domicile		
N° Téléphone portable		

Nom et prénom de l'enfant :

➤ **Mise à jour du médecin spécialiste en médecine générale ou autre spécialiste qui suit l'enfant :**

	MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	AUTRE MÉDECIN SPÉCIALISTE
Nom		
N° Téléphone		
Adresse		

➤ **Centre hospitalier qui suit l'enfant :**

NOM & COORDONNÉES	
-------------------	--

Si dans le cadre de son PAI, j'ai précisé que mon enfant souffrait d'une allergie alimentaire, mais que celle-ci ne justifie par la mise en place d'un panier repas il est impératif de répondre à la question ci-dessous :

Mon enfant, dans le cadre de son allergie alimentaire, peut consommer des denrées dont les informations ci-dessous sont reprises pour déterminer une présence éventuelle d'allergènes déconseillés : « susceptible de contenir, peut contenir, présence ou trace éventuelles, atelier utilisant, susceptible de contenir des traces » :

ALLERGENES : .....

➤  **OUI** <sup>(1)</sup> **Justificatif médical à transmettre impérativement**

➤  **NON**

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de l'encadrement de mon enfant pour les activités pour lesquelles il y sera inscrit.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

**Signature du représentant légal :**

J'ai pris connaissance de la demande de renouvellement du PAI (nombre pages : ) et par délégation de M le Maire, j'accepte d'accueillir de nouveau cet enfant dans les activités municipales moyennement les dispositions du PAI.

J'autorise le service Vie Scolaire à transmettre l'ensemble de ces documents aux agents des écoles maternelles, aux animateurs de la pause méridienne, des activités sportives ou de loisirs ainsi qu'à toute personne qui pourrait être amenée à assurer l'encadrement de l'enfant concerné dans une des activités proposées par la Ville de Lambersart.

Signature du PAI et date : ...../...../20.....



**Pour le Maire**  
Le Conseiller Municipal Délégué

**David BLANQUART**

Nom et prénom de l'enfant :



VILLE DE  
**LAMBERSART**

## VILLE DE LAMBERSART

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire du 10-2-2021 (NOR : MENE2104832C)  
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 BO Spécial n°9 DU 28/06/2001

### PROTOCOLE D'URGENCE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

#### TROUSSE DE SECOURS

(à renseigner exclusivement par le médecin qui suit l'enfant)

Nom et prénom de l'enfant ou adolescent : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DÈS LES PREMIERS SIGNES PRÉVENIR LES PARENTS ET LE MÉDECIN TRAITANT  
APPELER LE SAMU (15 ou 112 sur portable) ET PRATIQUER :**

#### 1) Composition de la trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin dans le cadre du protocole d'urgence :

Lieu de stockage de la trousse d'urgence : \_\_\_\_\_ (à remplir par l'équipe d'encadrement)

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION

La trousse est à fournir le premier jour de fréquentation de l'enfant ou de l'adolescent, par les représentants légaux pour :

#### 1) La pause méridienne :

- A l'enseignant de l'enfant à l'attention de l'équipe d'encadrement de cette activité.

#### 2) pour les autres accueils de loisirs :

- Au Directeur ou à la Directrice de la structure qui accueille l'enfant,

#### Important :

- La trousse de secours doit contenir l'original de l'ordonnance en cours de validité ainsi que la totalité des médicaments de la prescription dans leur boîte d'origine sur laquelle sera précisée la posologie du traitement.
- En cas de remplacement par le pharmacien des médicaments initialement prescrits par le médecin par des produits génériques, le pharmacien devra indiquer clairement sur l'ordonnance le nom et la posologie du médicament de substitution de même qu'il devra préciser sur la boîte du produit générique la posologie et le nom du médicament remplacé.
- Il est de la responsabilité des représentants légaux de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils seront périmés.
- En cas de changement de traitement médical, les représentants légaux s'engagent à informer immédiatement le service vie scolaire et à fournir dans les plus brefs délais la nouvelle prescription médicale.

La trousse de secours doit toujours suivre l'enfant ou l'adolescent.

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature et cachet du médecin ou spécialiste de l'enfant**

Nom et prénom de l'enfant :



# VILLE DE LAMBERSART

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)

Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 BO Spécial n°9 DU 28/06/2001

### PROTOCOLE D'URGENCE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

#### PROTOCOLE

(à défaut de protocole déjà établi et joint au dossier PAI les conduites à tenir ci-dessous sont à notifier exclusivement par un médecin qui suit l'enfant)

2) **Protocole d'urgence à suivre par les personnels en charge de l'enfant ou l'adolescent :**

SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
<b>Urticaire aiguë</b>	Démangeaisons, boutons, (comme des piqûres d'orties), plaques rouges	
<b>Conjonctivite Rhinite</b>	Yeux rouges, gonflés, éternuements, écoulement du nez	
<b>Œdème sans signe respiratoire</b>	Gonflement des lèvres et du visage ou d'une partie du corps	
<b>Troubles digestifs</b>	Douleurs abdominales, vomissements	
<b>Crise d'asthme</b>	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
<b>Œdème avec signes respiratoires</b>	Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
<b>Choc ou malaise</b>	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées vomissements	
<b>Autres</b>		

3) **Prises en charge complémentaires : kinésithérapie, soins infirmiers..... :**

Type
Fréquence et Horaires
Lieu des interventions

Date :

Signature et cachet du médecin ou spécialiste de l'enfant