

## PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Dans un établissement d'accueil régi par le décret du 20 Février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et modifiant le Code de la Santé Publique

STRUCTURE D'ACCUEIL : .....

**1 – NUMEROS D'URGENCE :**            **SAMU : 15**    **POMPIERS : 18**

### 2 – ENFANT :

NOM : .....PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

### 3 – PERSONNES A PREVENIR :

	Père :	Mère
PARENTS :	☎ Bureau : .....	.....
	☎ Domicile : .....	.....
	☎ Portable : .....	.....
MEDECINS de l'enfant :	NOM : .....	☎ .....
	NOM : .....	☎ .....
	NOM : .....	☎ .....
MEDECIN de la structure :	NOM : .....	☎ .....

### 4 – RAISONS MOTIVANT LE PAI

Traitement régulier :

**A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN TRAITANT**

<b>5 – SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER</b>			
	<b>CONDUITE A TENIR</b>		
	<b>Consignes</b>	<b>Médicaments</b>	<b>Personne à prévenir</b>
<b>Signes cliniques mineurs:</b> Nécessitant une surveillance plus attentive			
<b>Signes cliniques majeurs :</b> Nécessitant des mesures à prendre en urgence			

DATE

SIGNATURE

<b>6 – MEDICAMENTS A ADMINISTRER PAR LES PROFESSIONNELS DE L'ETABLISSEMENT APRES AVIS DE LA RESPONSABLE SANITAIRE</b>			
<b>NOM</b>	<b>POSOLOGIE</b>	<b>VOIE D'ADMINISTRATION</b>	<b>PERSONNEL chargé d'administrer le traitement</b>
1-			
2-			
3-			
4-			

LIEU DE RANGEMENT DES MEDICAMENTS :

## 7 – DISPOSITIONS ET PRECAUTIONS PARTICULIERES A PRENDRE

Horaires ou formules d'accueil adaptés :

Lieu de repos ou de sommeil :

Régime alimentaire :

Déplacements en dehors de l'établissement : contre indications ou précautions à prendre en cas de sortie :

Autres :

## 9 – DOCUMENTS A FOURNIR

- Agrafer l'ordonnance de prescription au présent protocole
- Joindre à ce document toute information utile à la prise en charge de l'enfant

## 10 – SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Le ou les parents reconnaît avoir été informé des risques encourus par mon enfant en collectivité du fait de sa pathologie, pour laquelle un PAI a été mis en place.

Le  
Les parents,

Le  
Le Médecin traitant,

Le  
Le Médecin de la structure,

Le  
Le Directeur et le responsable  
sanitaire,

Ce projet sera réactualisé chaque année ou à la demande.

Je soussigné(e).....,  
Responsable légal de l'enfant.....

Demeurant : .....  
.....

reconnais avoir été informé des risques encourus par mon enfant en collectivité, du fait de sa pathologie, pour laquelle un Projet a été mis en place le.....

Je demande et j'autorise l'administration à mon enfant du traitement prescrit dans le PAI, par tout adulte de la crèche.

Cet accueil en collectivité devrait permettre de favoriser le meilleur épanouissement de votre enfant et être riche d'échanges pour lui-même et les autres enfants de l'établissement.

Fait à :

le :

Nom :

Signature :

Ce projet sera réactualisé chaque année ou à la demande.