

# PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIUALISÉ

*Ce protocole a été rédigé en partenariat avec le  
service de PMI du Conseil départemental du Morbihan et*

*Validé par le Dr Bénédicte POPINEAU, Médecin Départemental de PMI*

*le 27/05/2024*

Le médecin départemental  
Directrice adjointe de la PMI

Dr Bénédicte POPINEAU

**Pour un enfant accueilli en Crèche ou Micro-crèche**

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)

# ENFANT ACCUEILLI

Photo	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de naissance :	Age :
		Sexe :

Problème de santé :

Dates du 1<sup>er</sup> PAI : Du ..... au .....

PAI reconduit du ..... au.....

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux même astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné ....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant..... la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du :

Docteur.....Tél :.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des professionnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil.

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

Signature du représentant légal :



*Ce protocole s'adresse aux enfants accueillis avec une prescription médicale liée au handicap ou à une maladie chronique*

Un protocole individualisé se doit d'être mis en place dès lors qu'une crèche accueille un enfant en situation de handicap et/ou atteint de maladie chronique et que celui fait l'objet d'une prescription médicale et que la famille formule une demande.

Avec l'accord des parents ou représentants légaux, toutes les informations pouvant être utiles à l'accueil de l'enfant seront jointes à ce protocole.

L'objectif du protocole est de permettre d'organiser l'accueil de l'enfant et d'assurer les soins prescrits via un protocole écrit et validé. L'ensemble des professionnels de l'accueil de l'enfant se doivent d'assurer une discrétion professionnelle au regard des informations médicales dont elles disposent.

**Il doit être :**

- Rempli en 2 exemplaires, un pour la famille, l'autre dans le dossier de l'enfant à la crèche
- Signé par les parents, la direction de l'établissement et le médecin référent de l'enfant ou RSAI.
- Réactualisé chaque année ou selon l'évolution de santé de l'enfant.

Votre médecin référent ou votre RSAI peut solliciter de l'aide auprès du PRH56.

Etablissement d'accueil : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Direction de l'établissement : \_\_\_\_\_

Médecin référent de l'établissement ou Référent Santé : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### PERSONNES A PREVENIR

LES URGENCES : **SAMU 15**

#### LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		

#### LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

#### LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphone	



## ➤ **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin et fournie par les parents :**

**Lieu de stockage de la trousse :**

**Contenu de la trousse :**

- **Médicament :**
- **Double de la prescription :**
- **Matériel :**

NB : Les parents fournissent les médicaments, la trousse identifiée au nom de l'enfant et il est de leur responsabilité de fournir des médicaments et de les renouveler en cas de péremption.

Les parents s'engagent à informer le médecin ou le RSAI de la structure en cas de changement de la prescription médicale.

### ➤ **En cas de déplacement à l'extérieur de la structure :**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer.
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

### ➤ **En cas de changement de référent ou d'arrivée de nouveau professionnel**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire
- La direction de l'établissement s'engage à faire connaître le PAI et le lieu de stockage de la trousse d'urgence ainsi qu'à former les professionnels de l'accueil aux soins prescrits.

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes.

Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer

**Signatures du PAI et date :**

Médecin référent de l'établissement :

La direction :

L'infirmière ou RSAI :

Référentes du groupe :



A renseigner par le médecin prescripteur

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Etablissement d'accueil : \_\_\_\_\_

**Composition de la trousse d'urgence (déposée à la crèche) :** L'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexes.

**Dès les premiers signes, faire prévenir les parents**

**Appeler le SAMU en cas d'aggravation (15 ou 112 sur portable)**

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir

- Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés
- Rester à côté de l'enfant

Date :

Nom du Médecin prescripteur :

Spécialité :

Signature et cachet du médecin :

# ANNEXES complémentaires au PAI

## PERSONNES RESSOURCES

### Médecin de PMI :

Nom :

Prénom :

Coordonnées :

Tél :

Mail :

### PRISES EN CHARGE de L'ENFANT

#### Service médico-social : CAMSP / SESSAD ... :

Coordonnées :

<p><b>Médecin :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	<p><b>Ergothérapeute :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	<p><b>Psychomotricien :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>
<p><b>Educateur :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	<p><b>Orthophoniste :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	<p><b>Psychologue :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>
<p><b>Kiné :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	<p><b>Autres :</b> Nom : Prénom : Commune : Fréquence :</p>	

Ces éléments permettent d'avoir une bonne connaissance des interlocuteurs de l'enfant et de tenir compte de son planning hebdomadaire.

Nous vous rappelons que votre interlocuteur privilégié reste la famille et que vous ne pouvez contacter un service de soin ou un praticien qu'avec l'accord écrit des parents.

### **ECOLE**

Adresse :

Tél :

Direction :

Mail :

Enseignant :

AESH :

Jours de scolarisation :

### **Garderie périscolaire / ALSH**

Lieu :

Animateur :

Jours d'accueil :

## AMENAGEMENTS et MODALITES D'ACCUEIL

### COMPETENCES DE L'ENFANT :

### Rythme de l'enfant :

### Difficultés et surveillance particulière :

### Régime alimentaire et/ ou intolérance

#### Régime alimentaire répondant au besoin de santé de l'enfant :

*Sur prescription médicale à jour (ou sa copie) avec protocole. (Joindre les ordonnances)*

#### Nom du régime :

*Se référer au détail de la prescription médicale.*

#### Alimentation mécanique :

*Remplir le protocole de soins d'urgence.*

Gastrostomie :

Sonde naso-gastrique :

#### Allergies alimentaires :

Protocole établi par un médecin à joindre au protocole d'accueil individualisé

#### Liste des allergies :

*Se référer au détail de la prescription médicale.*

#### Déglutition :

Objectifs de l'accueil : (Garde, socialisation, répit parental,)

**Aménagement de l'espace de vie :** (matériel adapté, postures, attentions particulières...)

Motricité :

Soins d'hygiène :

Sommeil :

*Type de literie, rituels de couchage, ..*

Repas :

Adaptation du matériel :

*Tables, chaises, ...*

Positionnement au sol :

Activités manuelles, arts plastiques :

*A titre d'exemple pour les allergies, une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux.*

Activités physiques et motrices :

Transports et déplacements :

Comportement :

Autres :

Lieu : ..... Date : .....

Signature des parents :

Signature de la direction d'établissement :

