



PROJET D'ACCUEIL D'UN MINEUR PRESENTANT UN TROUBLE DE LA SANTE EN  
STRUCTURES D'ACCUEILS MUNICIPALES AVEC OU SANS HEBERGEMENT

**(PAIM)**

**2025/2026**

**DIRECTION EDUCATION**

**L'ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

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

Adresse : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Asthme :  oui

Allergie à : ..... Panier Repas  oui  non

Autres : .....

La restauration scolaire ne fournit pas de substitution en cas d'allergie alimentaire, ni possibilité d'éviction des allergènes ni par l'enfant ni par la collectivité.

**PHOTO**

**OBLIGATOIRE**

**LES REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT**

	Responsable 1	Responsable 2
Nom – Prénom		
N° téléphone portable		
N° téléphone travail		
Adresse mail		

**LE MEDECIN OU L'ALLERGOLOGUE OU AUTRE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Nombres de trousse :
- Lieux de stockage :

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

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans les structures d'accueil municipales.

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

Je m'engage à fournir au Pôle Accueil la copie du PAI de l'Education Nationale signé ainsi que l'ordonnance nécessaire de moins de 3 mois.

**Signature du représentant légal :**

**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**

Responsable de la structure : Qualité :	Responsable de la Restauration :	L' élu délégué	Médecin (si mis à disposition)
à .....le .....	à .....le .....	à .....le .....	à .....le .....
<b>Visas :</b>	<b>Visas :</b>	<b>Visas :</b>	<b>Visas :</b>

| Responsable de la structure :<br>Qualité : |
|--|--|--|--|
| à .....le .....                            | à .....le .....                            | à .....le .....                            | à .....le .....                            |
| <b>Visas :</b>                             | <b>Visas :</b>                             | <b>Visas :</b>                             | <b>Visas :</b>                             |

Partie réservée à l'administration :

**Structures d'accueils :**

- Périscolaire à préciser : .....  Direction des sports  
 ACM des Vacances  Séjours  
 ACM des Mercredis  Jeunesse