

LE PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ en Accueil Collectif de Mineurs

Le projet d'accueil individualisé favorise l'accueil de l'enfant et du jeune atteints de troubles de la santé ou de handicaps. Il se situe dans le cadre d'une démarche de mixité des publics, afin que tous les participants fassent l'apprentissage de la solidarité, dans le respect de la diversité et des différences.

Il est important d'adapter le P.A.I à chaque pathologie, à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable au mineur concerné.

Il convient de l'actualiser chaque année.

Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

L'ENFANT OU LE JEUNE CONCERNE

Nom et prénom du mineur :

Date de naissance :

Adresse :

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

I. Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

	Adresse	Téléphone
Parents		
Organisateur de l'ACM		
Directeur (trice) de l'ACM		
Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie		
Autres professionnels en contact avec l'enfant : psychologue, assistant social, éducateur		

II. Les besoins spécifiques

- Horaires adaptés
- Salle d'activités au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Mobilier adapté
- Lieu de repos
- Aménagement des sanitaires
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Autorisation de sortie dès que l'enfant en ressent le besoin
- Aménagement des transports : éviter les trajets trop longs et les transports mal adaptés
- Aménagement des activités physiques selon l'avis du médecin qui suit le mineur
- Accompagnement individuel
- Local pour la kinésithérapie ou les soins

III. Autres besoins spécifiques ou attentes du mineur ou de sa famille

.....
.....
.....
.....

IV. Prise en charge complémentaire

➤ **Médicale :**

- Intervention d'un kinésithérapeute (coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours)

.....
.....
.....
.....

- Intervention d'un personnel soignant (coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours)

.....
.....
.....
.....

➤ **Pédagogique :**

- Suivi pédagogique particulier (consignes éventuelles) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V. Traitement médical
(selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté à l'organisateur de l'accueil)

– nom des médicaments :

.....
.....
.....

– dose :

.....
.....
.....

– mode de prise :

.....
.....
.....

– horaires :

.....
.....
.....
.....

VI. Régime alimentaire
(selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

Paniers repas

Suppléments caloriques (fournis par la famille)

Collations supplémentaires (fournies par la famille) – horaires à préciser :

.....
.....
.....

Autres (à préciser) :

.....
.....
.....
.....

VII. Protocole en cas d'urgence, qui sera joint au P.A.I.

A faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter à l'organisateur de l'A.C.M. et au médecin de l'accueil concerné :

- Signes d'appel :
- Symptômes visibles :
- Mesures à prendre dans l'attente des secours :

VIII. Référents à contacter

Appels : (numéroter par ordre de priorité) :

- parents ou responsable légal : tél domicile : tél. travail :
- médecin traitant : tél. :
- médecin spécialiste : tél. :
- SAMU : le 15 ou 112 par portable
- Pompiers : 18
- médecin du centre ou du service médical le plus proche : téléphone
- service hospitalier : tél.

IX. Mesures spécifiques prévues par le projet éducatif de l'A.C.M.

Objectifs principaux	Objectifs opérationnels	Moyens mis en œuvre	Indicateurs d'évaluation	Evaluation du (date)
Socialisation de l'enfant au sein de l'A.C.M.				
Adaptation de la structure au handicap du mineur (aménagement)				
Organisation spécifique de l'équipe d'encadrement				

Les périodes d'accueil du mineur

Plages Horaires	Péri- scolaire	Mercredi	Hiver	Printemps	Juillet	Août	Toussaint	Noël	Autres

Fait le.....

A.....

Les signataires du projet d'accueil individualisé :

Les parents ou représentant légal

Le mineur concerné

L'organisateur

Le/La Directeur(trice) de l'A.C.M.

le médecin traitant

Le cas échéant les autres personnels de santé

Evaluation du projet mis en œuvre	Avis	Signatures (parents et responsable de structure)
1 ^{ère} évaluation en date du .../.../...		
2 ^{ème} évaluation en date du .../.../...		
3 ^{ème} évaluation en date du .../.../...		