MULTI ACCUEIL
7 rue Pigoreau
78740 Vaux sur Seine

Tél. : 01.34.92.48.20

Projet d'Accueil Individualisé

Enfant concerné

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance : …../…../…….	Age :

Année du 1er PAI ……
PAI reconduit pour l'année……..

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……..
Téléphone : …….

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : Multi Accueil « L'arbre du voyageur »

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

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.

Signature du PAI et date :
Responsable de l'établissement **Médecin de l'établissement**

Établissement : Année : 20…./20….
Directeur de l'établissement : ……...
Adresse de l'établissement :
MULTI ACCUEIL « L'arbre du voyageur »
7 RUE PIGOREAU
78740 VAUX sur SEINE
Téléphone : 01.34.92.48.20

Médecin, coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
	Multi Accueil « l'arbre du voyageur » à Vaux sur Seine	

PERSONNES A PREVENIR

LE SAMU : 15

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone du domicile		
N° téléphone du travail		
N° téléphone du portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Le médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

PROTOCOLE D’URGENCE

Les signes d’appels :

*

*

Mesure à prendre en attendant les secours :

*

*

Traitement médical d’urgence si besoin :

*

*

Signature et tampon du médecin :