

Adresse de l'établissement

Photo de L'enfant

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ  
(P.A.I)**

Nom : Prénom :

Nom des parents ou du représentant légal :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone du domicile :

**Mère**

Portable : Travail :

**Père ou représentant légal**

Portable : Travail :

Elève en classe de : Année scolaire :

Nom et adresse de l'établissement scolaire :

## Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

Les parents ou le responsable légal

Le responsable de la collectivité

Le Médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité

Le Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie (+ tampon)

Le Médecin traitant (+ tampon)

## Les besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

Nécessité d'un régime alimentaire

## Traitement médical

Pas de traitement médical nécessaire, **un régime strict à vie sans gluten (blé, orge, avoine, seigle)**

## Régime alimentaire

Régime strict sans gluten préparé par la cantine de l'établissement    oui    non

Panier repas porter par l'enfant    oui    non

## **Protocole en cas d'urgence qui sera joint au P.A.I**

Pas de protocole à joindre régime strict sans gluten

### **Référents à contacter**

Téléphone du domicile :

#### **Mère**

Portable :

Travail :

#### **Père ou représentant légal**

Portable :

Travail :

Médecin traitant Téléphone :

Médecin spécialiste Téléphone :

SAMU 15 ou 112 par portable :

Pompiers :

Service hospitalier téléphone :

### **Signataires du projet d'accueil individualisé**

Fait à ....., le

L'enfant ou l'adolescent

Père, Mère ou responsable légal

Le responsable de l'établissement

Le médecin et l'infirmier(ère) de l'établissement

Le représentant de la municipalité