

Le PAI permet aux jeunes qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par le médecin traitant du jeune puis transmis au responsable de la structure d'accueil, garant de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

Ce PAI est exclusivement destiné aux jeunes adhérents du secteur Jeunesse de la ville de Blagnac. Il est élaboré en application des dispositions de l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du Code de l'action sociale et des familles et de la Circulaire du 10 février 2021 relative au Projet d'accueil individualisé pour raison de santé (NOR : MENE2104832C - MENJS - DGESCO C2-CT).

1- Renseignements administratifs

Jeune	Photo
Nom/Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Établissement scolaire :	

Responsables légaux

Lien de parenté	Nom et prénom	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Portable	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant et qu'ils puissent pratiquer les gestes et administrer les traitements qui y sont prévus.

	PAI 1 ^{ère} demande	Modifications éventuelles			
Date					
Age					

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille Fiche « conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin					
Date					

Age					
-----	--	--	--	--	--

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur de la structure et/ou la personne en charge du suivi sanitaire au sein de l'équipe d'encadrement en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Référents au sein de la structure

Référent	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Responsable de la structure				
Référent sanitaire de la structure				
Autre (préciser)				

Partenaires

Référent	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Médecin traitant				
Médecin spécialiste (préciser le cas échéant)				
Autre (préciser)				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge du jeune seront jointes au présent document.

2- Aménagement et adaptations – partie réservée au médecin

a. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension :

.....

.....

.....

.....

b. Aménagement du temps de présence dans la structure :

- ☐ Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaire décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- ☐ Temps de repos
- ☐ Dispense partielle ou totale d'activités (activités sportives, activités manuelles, en lien avec les aliments, des animaux, etc.)
Joindre un certificat d'inaptitude sportive
- ☐ Adaptation de certaines activités

Préciser :

.....

.....

.....

.....

c. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- ☐ Mobilier et matériel spécifique
- ☐ Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, aide humaine, etc.)
- ☐ Activité extérieures (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- ☐ Accessibilité aux locaux
- ☐ Environnement visuel, sonore, autres
- ☐ Autres

Préciser :

.....

.....

.....

.....

d. Aménagements à l'extérieur de l'établissement

Le PAI doit suivre le jeune lors des activités organisées en dehors de la structure d'accueil principale.

Préciser ici les précautions à prendre spécifiquement en cas de sortie du jeune durant la journée :

.....

.....

.....

.....

e. Restauration

En cas d'allergie ou d'intolérance alimentaire, un panier repas doit obligatoirement être fourni par la famille.

f. Soins

- ☐ Traitement quotidien sur le temps de présence dans la structure (cf. ordonnance jointe)
 - ☐ Traitement médicamenteux : préciser nom, posologie (commercial/générique), mode de prise, horaires précis
 - ☐ Surveillance : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données
- ☐ Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans la structure (joindre protocole le cas échéant)
- ☐ Eléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin
- ☐ Fiche « conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 4)
- ☐ Autres soins
- ☐ Contenu de la trousse d'urgence
 - ☐ PAI obligatoire ☐ Ordonnance ☐ Traitements ☐ Pli confidentiel à l'attention des secours
- ☐ Jeune autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence »
- ☐ Autres

Préciser :

.....

.....

.....

.....

3- Conduite à tenir en cas d'urgence – partie réservée au médecin

Nom/Prénom du jeune :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Évaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint : ☐ Oui ☐ Non

ORDONNANCE EN COURS DE VALIDITÉ ET TROUSSE DE MEDICAMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT avec ce dossier (en cas de prise de traitement pendant le temps de présence du jeune dans la collectivité d'accueil).

Cachet du médecin (contenant nom et prénom) :

--

Date :

Signature du médecin :