

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)**

**CANTINE DE SAVIGNEUX**

Afin que la commune puisse prendre correctement en considération les difficultés de santé de votre enfant sur les temps de Cantine, nous avons besoin d'établir un PAI.

Un seul exemplaire est à établir pour les enfants en garde alternée, **mais les documents doivent être signés par les deux parents.**

Les informations demandées ci-après sont confidentielles et exclusivement utilisées par les services municipaux pour la constitution de votre dossier administratif. En application de la loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement général sur la protection des données 2016/679 du 27/04/2016 (RGPD), chaque personne dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations collectées. Ce droit peut être exercé auprès du service scolaire de la commune de Savigneux.

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom	Prénom	Date de naissance	classe	poids

**Responsables légaux :**

	Responsable 1	Responsable 2
Nom & Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. travail		
Tél. mobile		
Adresse mail		

Un panier repas obligatoirement fourni par la famille doit contenir : les composants du repas dans des boîtes hermétiques, les ustensiles et couverts (selon préconisation médicale), le tout dans une glacière (respect de la chaîne du froid). Les boîtes doivent supporter la remise en température au four micro-ondes.

Le panier repas sera amené au restaurant scolaire par les parents ou l'enfant. L'enfant ne consommera que les aliments fournis sous la surveillance des agents.

A.....Le.....

Signature des responsables légaux :

**FICHE MEDICALE A COMPLETER PAR LE MEDECIN**

Je soussigné(e)

NOM

PRENOM

QUALITE

- Médecin traitant
- Médecin spécialiste (indiquer la spécialité)

Certifie avoir examiné l'enfant (nom, prénom) :

Qui présente au niveau alimentaire :

- Une allergie
- Une intolérance

Précisions/protocole

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

Et/ou la pathologie suivante/protocole :

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

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin :

## VALIDATION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Année scolaire :

Classe :

Intervenants au P.A.I.	Signatures
Les responsables légaux - -	
Le Maire Gilles GARNIER	
La responsable du restaurant scolaire	

A SAVIGNEUX le .....