



Projet d'Accueil Individualisé

Année scolaire :

Photo

Nom :

Prénom :

Classe :

Adresse

Code postal Ville :

Date de naissance / /



Le PAI doit être renouvelé tous les ans.

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Représentants légaux de l'élève

Lien de parenté	Nom	Tel Domicile	Tel portable	Tel travail	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaires et à ces personnes de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

	PAI	Modifications éventuelles				
Date						

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer la chef d'établissement, la directrice du collège ou le directeur du lycée en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seul l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Référents	Nom	Exemplaire reçu le	signature
Chef d'établissement			
Directeur Collège / lycée			
Directrice de la vie scolaire			
Responsable de niveau			
Professeur principal			

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.

Chef d'Etablissement

Médecin traitant :

Partenaires :

- Les urgences (*sur téléphone fixe 15, sur téléphone portable le 112*)
- Les parents ou représentants légaux

Référents	NOM	ADRESSE administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Médecin traitant Services Hospitaliers				
Médecin éducation nationale PMI				
Société de restauration				
Vie scolaire Coordinatrice Assistant d'éducation du niveau				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document

Nom de l'élève : classe :

▪ **AMENAGEMENTS ET ADAPTATION**

(A REMPLIR PAR LE MEDECIN, LA STRUCTURE HOSPITALIERE, LA PMI)

- Conséquences de la maladie ou affection, essentielles ou utiles pour la compréhension des aménagements.

- **Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés)

(Joindre l'emploi du temps adapté).

Temps de repos

Dispense partielle ou totale d'activité EPS : joindre le certificat d'inaptitude EPS (attention cela ne dispense pas de la présence au cours d'EPS).

- **Aménagements de l'environnement**

Autorisation de sortie d'un cours : toilettes boissons vie scolaire autre (-----)

Mobilier et / ou matériel spécifique : double jeu de livres livre numérique siège spécifique

Ordinateur ou tablette casier autre (-----)

Récréation et interours : -----

Accessibilité aux locaux : ascenseur autre

- **Aménagements à l'extérieur de l'établissement**

Le PAI doit suivre l'élève dans toute sortie ou voyage ainsi que sur les différents lieux de vie collectifs (déplacements pour examens, sorties sans nuitées, séjours avec nuitées, stade, gymnase et lieux de restauration).

Précisez si il y a une nécessité de fournir un traitement quotidien matin et soir et/ ou des mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec des médicaments avant le départ :

- ✓ Informer le personnel de la structure d'accueil de l'existence du P. A. I. et l'appliquer
- ✓ Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- ✓ Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

Nom de l'élève : classe :

• **Restauration**

Allergie (s) :-----
----->

→ Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par la restauration scolaire
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre(préciser) : -----

→ Les goûters :

- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'enfant.

→ Les boissons : -----

- Supplément alimentaire
- Priorité de passage ou horaire particulier :-----
- Nécessité d'une aide humaine
- Nécessité d'une installation particulière pour l'installation : -----

• **Les activités diverses**

Une attention particulière doit être apportée à la manipulation des matériaux suivants :

- Fruits à coque, cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser) : -----

• **SOINS**

- Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (l'ordonnance est jointe).

Δ Traitement médicamenteux (ordonnance) → nom (s): -----
→ Posologie : -----
→ Horaire : -----

→ Nom de la personne chargée de la surveillance de la prise de médicament : -----

- Intervention de professionnel de santé sur le temps de présence dans l'établissement (joindre le protocole).
- Eléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours.
- Fiche conduite à tenir en cas d'urgence jointe
- Autre (s) soin (s) : -----

Nom de l'élève : classe :

- Contenu de la trousse d'urgence : PAI Ordonnance Traitements Pli confidentiel
- La trousse se trouve :
- Une autre trousse se trouve :
- L'élève est autorisé à voir sur lui le traitement d'urgence
- L'élève doit avoir sur lui le traitement d'urgence ainsi que la fiche conduite à tenir en cas d'urgence

➤ **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- ✓ Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
- ✓ Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler le cas échéant
- ✓ Les parents s'engagent à informer l'établissement scolaire en cas de changement de prescription médicale

- **Autres aménagements (à détailler)**

.....

.....

.....

- **Adaptations pédagogiques rendues nécessaires par ce PAI**

Transmission des cours Enseignement à distance ENT

Aménagement des évaluations Demande d'aménagements aux examens

(Précisez :

.....

Demande APADHE (soutien enseignement à domicile) → matières :

Cned en scolarité partagée

Nom de l'élève :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE (A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN)

✓ **NOM :** **PRENOM:**

✓ **DATE DE NAISSANCE :**

✓ **CLASSE :**

✓ **NUMEROS D'URGENCE**

- *Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : OUI NON*
- *L'élève doit avoir sur lui cette fiche de soin d'urgence en permanence OUI NON*

6

Allergie (s) :

- **Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'établissement) en 2 exemplaires.**

Joindre l'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence

Antihistaminique :

Corticoïdes :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Autres

.....

.....

.....

- ✓ **Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant**

Appeler le SAMU (15 sur fixe, 112 sur portable) et pratiquer :

Situation	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signe d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	
Autre :		

Date :

Signature du médecin

Cachet du médecin /