

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

### Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé sur le temps scolaire et périscolaire (restauration, accueil pré et post scolaires)

(Cirulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au secret professionnel et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

#### ELEVE

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Mail
RESPONSABLE 1 :				
RESPONSABLE 2				
Adresse :				
RESPONSABLE LEGAL				
Nom				
Adresse				

ETABLISSEMENT SCOLAIRE					
Année scolaire	Classe	Régime scolaire			Chef d'établissement
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	

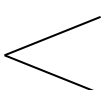
PPS : oui  non

PAP : oui  non

Lieu où les médicaments sont accessibles :

<b>REFERENTS A CONTACTER</b>	Nom	Téléphone	Mail
S.A.M.U		<b>15</b>	
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Service(s) hospitalier(s)			
Médecin E.N.			
Infirmière E.N.			
Responsable restauration scolaire			
Responsable service périscolaire			
Autres, préciser :			

## MODALITES D'ACCUEIL

- Protocole d'urgence  
 Aménagements spécifiques 
 Régime alimentaire  
 Aménagements scolaires  
 Prises en charge complémentaires

## TYPE DE SCOLARISATION

- Temps plein  
 Temps partiel

## AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné (e).....

représentant légal de (nom de l'enfant) .....

autorise un membre de l'équipe éducative

à administrer à mon enfant les médicaments prescrits par le docteur

.....

à mettre en place les aménagements demandés selon le protocole

prévu dans le projet d'accueil individualisé

### **Pour un élève en collège ou lycée uniquement :**

autorise mon enfant à prendre et à gérer seul le traitement prescrit dans le cadre du PAI, sous la responsabilité d'un adulte de l'établissement

Fait à .....

Le .....

(signatures)

Le père, la mère, le représentant légal  
L'élève majeur

## SIGNATURES

Signataires	Dates du premier PAI et des renouvellements				
<b>Représentants légaux</b>					
Père		<b>Voir les reconductions</b>			
Mère					
Elève majeur /Autres					
<b>Etablissement Ecole</b>					
Chef d'établissement Directeur d'école					
Professeur principal Enseignant de la classe					
Infirmière					
Professeur d'E.P.S.					
Autres					
<b>Partenaires</b>					
Médecin traitant					
Spécialiste					
Intervenants extérieurs					
Maire ou Responsable de la restauration					
Maire ou Responsable du service périscolaire					
Autres					
<b>Médecin de l'EN</b>		<b>Voir les reconductions</b>			

**NOM :**  
**Prénom :**  
 Date de naissance  
 Etablissement

**Année scolaire 20 .../ 20**

**DESCRIPTIF DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
 Mis en œuvre au quotidien dans l'école / l'établissement  
 pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant de manière régulière

---

**TRAITEMENT MEDICAL**

**Les parents s'engagent à préciser toutes modifications du traitement et si nécessaire à fournir une ordonnance actualisée ainsi que les médicaments.**

**En cas de manifestations aiguës ou d'urgence :** voir le protocole spécifique ci-joint et la liste des médicaments à fournir par la famille dès maintenant.

**Traitement médical régulier sur le temps scolaire :**  
 Médicaments : nom(s), dose(s), mode(s) de prise et horaire(s) :

Lieu de stockage : .....

**PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES**

**Soins à l'école :**  
 Kinésithérapeute , Infirmier(e) , Autre   
 Jours et heures.....

**Rééducation sur le temps scolaire mais en dehors des locaux scolaires :**  
 Kinésithérapeute , Infirmier(e) , Autre ,  
 Jours et heures.....

**REGIME ALIMENTAIRE selon prescription, bilan et ordonnance du médecin qui suit l'enfant**

**Restauration scolaire :**  
 panier repas fourni par la famille et identifié au nom de l'enfant,  
 autres, préciser  
 Horaires des repas fixes, à préciser

**Goûter fourni par la famille**

**Autres**  
 Suppléments caloriques à prendre sur le temps scolaire ou périscolaire (fournis par la famille)  
 Collations supplémentaires (fournies par la famille) – horaires à préciser :  
 Carte de priorité de cantine  
 Nécessité de se réhydrater en classe

## AMENAGEMENTS SCOLAIRES EVENTUELS

### Environnement

- Possibilité de sortir de la classe pour aller aux toilettes,
- Double jeu de livres
- Accès à l'ascenseur
- Accessibilité des locaux
- Mobilier particulier
- Place dans la classe
- Utilisation de matériel informatique / branchement électrique
- Hygiène des locaux
- Période de canicule
- Autres

**Activités artistiques, arts**, attention à l'utilisation de certains matériaux

**EPS : dispense totale /dispense partielle**

### Sorties scolaires

- Une journée (**penser à amener le PAI et la trousse d'urgence**)
- Classes transplantées :
- Traitement médical quotidien pour les classes découvertes :**  
**Médicaments : nom(s), dose(s), mode(s) de prise et horaire(s) :** (fournir une ordonnance et les médicaments)

### Accompagnement scolaire

- Par l'établissement
- Assistance pédagogique à domicile
- CNED

**PROCOLE D'URGENCE**  
 (A remplir par le médecin traitant)  
*Un exemplaire dans la trousse d'urgence*

**NOM :**

Date de naissance :

**Prénom :****Etablissement scolaire** (adresse complète) :

Année scolaire :

<b>SIGNES D'APPEL</b> Symptômes visibles pouvant être associés ou non	<b>CONDUITE A TENIR</b>

**Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école:**

**Informations à fournir au médecin de garde :**

Date, cachet et signature du médecin traitant

**Joindre l'ordonnance du traitement et éventuellement du régime / signature page 4**

Protocole vu et signé par le médecin de l'éducation nationale le :