

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)

(Circulaire 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 : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :

.....

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Mail
PERE : Nom				
Adresse :				
MERE : Nom				
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"/>	

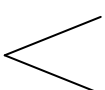
PPS : oui non

PAP : oui non

Lieu où les médicaments sont accessibles :

REFERENTS A CONTACTER	Nom	Téléphone	Mail
S.A.M.U		15	
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				
Représentants légaux					
Père		Voir les reconductions			
Mère					
Elève majeur /Autres					
Etablissement Ecole					
Chef d'établissement Directeur d'école					
Professeur principal Enseignant de la classe					
Infirmière					
Professeur d'E.P.S.					
Autres					
Partenaires					
Médecin traitant					
Spécialiste					
Intervenants extérieurs					
Maire ou Responsable de la restauration					
Maire ou Responsable du service périscolaire					
Autres					
Médecin de l'EN		Voir les reconductions			

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,

ATTENTION : En collège, pour toute **allergie alimentaire**, quel que soit le traitement, un **panier-repas** doit être fourni par la famille. Voir le règlement intérieur de la restauration (Conseil Départemental)

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 :

SIGNES D'APPEL Symptômes visibles pouvant être associés ou non	CONDUITE A TENIR

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 :