

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour enfants et adolescents atteints de troubles de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Photo de l'élève

Date de naissance :

Adresse :

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ

Année scolaire : 20 /20 Restauration scolaire : Oui Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui Non

Responsables à contacter

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Autre (qualité)

NOM

Téléphone

Portable

Adresse mèl

Médecins référents de la pathologie

Nom :

☎ :

Mèl :

Nom :

☎ :

Mèl :

Service hospitalier :

☎ :

Mèl :

IMPORTANT

- Tout personnel remplaçant (enseignant ...) doit être informé de ce PAI.
- Obligation de discrétion professionnelle due par toute personne détenant ces informations confidentielles.

Si appel au Centre 15, préciser l'existence de ce PAI
Et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE**Besoins spécifiques de l'élève (hors situation d'urgence)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accessibilité Classe / Cour / Sanitaires | <input type="checkbox"/> Double jeu de livres | <input type="checkbox"/> Casier |
| <input type="checkbox"/> Adaptation du matériel | <input type="checkbox"/> Précautions en extérieur | |
| <input type="checkbox"/> Boissons | <input type="checkbox"/> Collations | <input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques |
| <input type="checkbox"/> Sortie de classe en fonction des besoins | <input type="checkbox"/> Autres : | |
| <input type="checkbox"/> Accès prioritaire à la restauration scolaire | | |
| <input type="checkbox"/> Temps de repos, siestes, horaires adaptés | | |
| <input type="checkbox"/> Emploi du temps aménagé (à joindre au PAI) | | |
| <input type="checkbox"/> Adaptation de l'Education Physique et Sportive
(Remplir le certificat national réglementaire) | | |

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : Si oui, lequel ?En cas d'allergie alimentaire, liste des allergènes :

-
- Traces autorisées

Restauration scolaire et goûter**Recommandations du médecin référent de la pathologie:**

1. Restauration scolaire non autorisée
2. Déjeuner autorisé dans la collectivité avec Panier-Repas :
l'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille
3. Goûter/petit déjeuner ⇨ uniquement fourni par la famille
OU l'enfant peut consommer ce qui est fourni par la collectivité
4. Éviction simple gérée par l'élève
5. Régime spécifique garanti par la collectivité

A remplir par LA COLLECTIVITÉ EN CHARGE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE :**Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent:** **NON** ⇨ mode de restauration proposé : **OUI****Pour le cas 5, définir la modalité:** Plateau-repas industriel garanti sans allergènes Eviction gérée par un personnel Autre :**Date et signature du responsable du temps de restauration scolaire :**Autres précautions particulières (manipulation en classe, semaine du goût, ...) :**Date :****Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :**

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE**PROTOCOLE D'URGENCE HORS ALLERGIE** Pour les allergies, remplir l'annexe spécifique page 3 bis

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Établissement :

Ville :

Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration
Noter l'heure de début des signes	Poids de l'enfant :

Traitement médical au quotidien

Sur le temps scolaire et périscolaire :

Au domicile :

Courrier à remettre aux services de secours : oui non

Date :

Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants à l'ordonnance d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.**

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

TROUSSE d'URGENCE

- **À EMPORTER À CHAQUE DÉPLACEMENT**
- Contient la copie du protocole d'urgence, de l'ordonnance et les médicaments.
- **Les parents sont responsables du renouvellement des médicaments périmés ou utilisés.**
- **Lieu de rangement fixe et accessible en permanence :**
Réfrigérateur : oui non

À remplir par le service de santé scolaire:

- L'élève est autorisé à avoir un double du traitement sur lui (uniquement dans le 2nd degré).
Préciser lequel :

DATES et SIGNATURES

Date :

Pour une durée de :

Directeur / Chef d'Établissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :
(En charge de la faisabilité sur le temps scolaire)

Enseignant / Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

CPE :

Autres intervenants/partenaires extérieurs :