

# P.A.I Projet d'accueil individualisé

POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTE  
(circulaire n°2003-135 du 08/09/03)

Année scolaire 20. . / 20. .

## ÉLÈVE CONCERNÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

photo

## ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Institut Notre-Dame  
65 avenue du général Leclerc  
92340 Bourg-la-Reine

Restauration scolaire : oui  non

Accueil périscolaire : oui  non

## RÉFÉRENTS À CONTACTER

	Mère	Père	Autre
Nom			
Tel domicile			
Tel travail			
Mobile			

### Médecins référents :

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

### Service spécialisé hospitalier :

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**SAMU : Tél 15 (112 à l'étranger)**

*Si appel du 15, informer de l'existence du PAI et le transmettre aux services de secours.*

## BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

- PRISE DE MÉDICAMENTS** : (hors urgence)  
Médicaments (nom, mode de prise, horaires, lieu de rangement, ...)
  
- AUTRES SOINS** :  
(Nature, fréquence et horaire, lieu d'intervention)
  
- RÉGIME ALIMENTAIRE** : (ordonnance jointe)
  - Panier repas
  - Suppléments caloriques (fournis par la famille)
  - Réhydratation en classe possible
  - Collations supplémentaires (préciser les horaires)
  - Évictions alimentaires pour raisons médicales (préciser)
  - Autre :

## AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PRÉVOIR

- Pour l'éducation physique et sportive** : conditions atmosphériques, adaptations selon l'avis du médecin référent (Certificat médical joint)
  
- Activités pédagogiques** (éveil, techno, musique...)
  
- Pour les sorties d'une journée et lors de déplacements** : prendre la trousse d'urgence
  
- Pour les classes transplantées** : prévoir un document annexe
  
- Pour les récréations**
  
- Pour les temps de repas**
  - Conditions particulières d'accueil
  - Nécessité d'un régime alimentaire
  - Éviter l'attente au restaurant scolaire
  - Autres
  
- Horaires adaptés**
- Lieu et temps de repos, ou sieste**
- Autorisation de sortie dès que l'élève en ressent le besoin**
- Double jeu de livres**
- Mobilier adapté**
- Aménagement des sanitaires**
- Salle de classe au rez-de-chaussée, ou accessible en ascenseur**
- Local pour les soins**
- Assistance pédagogique à domicile**
- Aménagements aux examens et aux contrôles**
- Autres** : \_\_\_\_\_

## PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE

*À remplir lisiblement par le médecin traitant en conformité avec l'ordonnance jointe*

<b>SIGNES D'APPEL</b>	<b>CONDUITE A TENIR</b> Médicaments, posologie, mode d'administration

L'élève peut posséder en permanence sa trousse d'urgence sur lui, sous la responsabilité des parents et avec l'avis du médecin traitant :  oui  non

### NOM ET SIGNATURE DU MÉDECIN :

#### Lieux de stockage des médicaments, accessibles à tous.

- Rangement fixe :**
- Trousse personnelle au nom de l'élève, contenu : double du PAI et traitement prescrit
  - Lieu de rangement :
  - Réfrigérateur :  oui  non
- Rangement mobile : à prendre pour tout déplacement**
- Trousse personnelle au nom de l'élève, contenu : double du PAI et traitement prescrit
  - Sac isotherme :  oui  non

***Les parents veilleront à renouveler les médicaments périmés ou utilisés***

## SIGNATAIRES DU PAI

Autorisation des parents :

Je, soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ en classe de \_\_\_\_\_ demande la mise en place d'un PAI et autorise mon enfant à prendre le traitement prescrit dans le PAI conformément à l'ordonnance jointe, sous l'autorité de \_\_\_\_\_ ou de tout autre adulte informé et volontaire

**Sur le temps scolaire**

**Sur le temps périscolaire**

Date, nom et signature

- **des parents :**

- **du chef d'établissement :**

- **de l'infirmière :**

- **de l'enseignant principal :**

- **du médecin de l'éducation nationale pour le temps scolaire:**

- **du médecin de PMI :**

- **autre signataire :**

### **Points importants à ne pas oublier :**

- LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE
- INFORMATION SYSTEMATIQUE DE TOUT PERSONNEL REMPLACANT PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT.
- INFORMATION DES EDUCATEURS SPORTIFS, ANIMATEURS, ASSISTANTS SANITAIRES selon la demande de la famille.
- EN CAS D'APPEL DU SAMU TOUJOURS INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT
- INFORMATIONS A FOURNIR AU MEDECIN D'URGENCE  
(Éventuellement certificat médical cacheté joint rédigé par le médecin traitant)