

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

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR 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)