

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Élève	
Nom / Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	Etablissement scolaire :

#### Responsables légaux ou élève majeur :

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	@ e-mail	☎ N° Téléphone	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

	PAI 1 <sup>ère</sup> demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

#### Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place.

Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :**

Référénts	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Chef d'établissement</b>				
<b>Directeur d'école</b>				
<b>Directeur d'établissement</b>				
<b>Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure</b>				
<b>Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				
<b>Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				

**Partenaires :**

Référénts	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Médecins traitants, services hospitaliers</b>				
<b>Représentant du service de restauration</b>				
<b>Responsable des autres temps périscolaires</b>				
<b>Autres :</b>				

Nom de l'élève :

## PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS

### PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE LA STRUCTURE ou à préciser :

#### I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

#### II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)

Préciser :

*Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS*

#### III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

#### IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

*Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :*

#### V. Restauration

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective</li> <li><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration</li> <li><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution</li> <li><input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la Famille</li> <li><input type="checkbox"/> Boissons</li> <li><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier</li> <li><input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation</li> </ul>
--	--

Préciser :

## VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) :  oui  non

Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

Surveillances particulières :  oui  non

- Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement  oui  non

- Préciser :

*Protocole joint*  oui  non

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin :  oui  non

- Préciser :

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

### Trousse d'urgence :

- Existence d'une trousse d'urgence :  oui  non

- Contenu de la trousse d'urgence :

PAI obligatoirement  Ordonnance  Traitements  Pli confidentiel à l'attention des secours

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :

- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » :  oui  non

- Autre trousse d'urgence dans l'établissement :  oui  non

Préciser :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées autype d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Nom de l'élève :

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 01

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.

**Ne pas quitter l'enfant.**

#### Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Gêne respiratoire <input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Respiration sifflante <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Autre :	⇒ Asseoir l'enfant au calme, le/la rassurer, noter l'heure  ⇒ Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise, au calme.	<input type="checkbox"/> Faire inhaler bouffées de <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation La procédure est la suivante : (cf. QR code ci-contre) - Dans tous les cas, secouer le spray - Si utilisation d'une chambre d'inhalation, placer le spray dans la chambre. - Placer le masque/embout buccal sur le visage - Appuyer UNE fois sur le spray et laisser respirer l'enfant calmement 5 fois - Recommencer autant de fois que noté <input type="checkbox"/> Autre :
Si dans les            minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		<input type="checkbox"/> Refaire inhaler bouffées de toutes les            minutes pendant <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) <input type="checkbox"/> Autre :



#### Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> Sans amélioration dans les            minutes  <input type="checkbox"/> Si apparition de signes de gravité (Assis et penché en avant a du mal à parler et à tousser/ Sueurs/Agitation/Trouble de la conscience/ Pauses respiratoires/...)	⇒ APPELER le <b>SAMU (15 ou 112)</b> et suivre les consignes données  ⇒ Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise, au calme.	<input type="checkbox"/> Continuer à faire inhaler bouffées de toutes les            minutes jusqu'à l'arrivée des secours <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) <input type="checkbox"/> Traitement complémentaire par :

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

**Les éléments médicaux complémentaires utiles sont transmis au médecin de l'EN par la fiche de liaison disponible en ligne. Un courrier médical à l'attention des services de secours peut également être joint sous pli cacheté. Courrier et/ou fiche de liaison joints : OUI NON**

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :



Académie :  
Département :

## ANNEXE – Fiche de liaison asthme

### Entre le médecin traitant ou autre spécialiste et le médecin de l'éducation nationale

*A renseigner par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie  
et à adresser par l'intermédiaire de la famille au médecin de l'éducation nationale qui utilisera les renseignements fournis et les documents associés pour les adapter dans le contexte scolaire de l'enfant lors de l'élaboration du PAI*

#### L'ENFANT :

Nom/Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole ou établissement (Nom/Ville) : \_\_\_\_\_

#### MEDECIN qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie :

Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire en cours à la réalisation de la fiche : \_\_\_\_\_ Sélectionner un niveau scolaire

**Diagnostic médical principal** (joindre tout document médical utile) :

**Autres antécédents :**

**Existence d'allergènes ou facteur(s) spécifique(s) déclenchant la crise ?**  oui  non

#### Aménagement de l'environnement :

Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :

Aménagements du temps de présence dans l'établissement – EPS :  oui  non

Prévenir les parents en cas d'activité physique d'intensité inhabituelle.

#### Aménagements à l'extérieur de l'établissement :

- Prévenir la famille plusieurs jours à l'avance pour décrire les **sorties de classe** et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le PAI.
- Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI comportant la fiche de conduite à tenir en cas d'urgence
- Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau.
- Lors des sorties scolaires, éviter l'exposition et le contact direct avec les animaux à poils (chat, chien, cheval...)  oui  non

Académie :  
Département :

**Soins - traitement à prévoir sur le temps scolaire et/ou dans l'établissement ?**  oui  non

Joindre une ordonnance à part - nom des médicaments, la posologie, les modalités d'administration, les horaires de prises. Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés. Ils s'engagent à informer l'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation nationale ou le médecin de PMI ou le médecin attaché à l'établissement.

**Si oui, le(s)quel(s) ?**

A quelle heure ?

Qui les donne ?

l'élève, préciser :

autre, préciser :

**Existence d'une trousse d'urgence :**  oui  non *Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double du PAI*

→ Si oui, nécessité pour l'enfant d'avoir sa **trousse d'urgence sur lui** :  oui  non

La trousse d'urgence contient :

bronchodilatateur inhalé

chambre d'inhalation

1 copie du PAI dont la fiche de conduite à tenir en urgence en cas d'asthme

autre, préciser :

**Evaluation de la gestion de la crise d'asthme par l'enfant et sa famille :**

→ L'enfant est capable de porter sur lui sa trousse d'urgence en permanence si le contexte le permet :

OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant est capable de ressentir lui-même les signes ou symptômes annonciateurs de la crise ?

OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant sait quand et comment utiliser les médicaments de sa trousse d'urgence :

OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant est capable d'avoir recours à l'adulte en cas de problème d'asthme :

OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

**Autres consignes ou précisions particulières :**