

## 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 :	Adresse :	e-mail :	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 de posologie éventuelles			
Date / Classe					
Posologie					

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

Date					
Signature					

**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.

**PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS**  
**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE 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
- Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (EPS, activités manuelles ...) *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) :
- Place dans la classe :
- Mobilier et matériel spécifique
  - double jeu de livres  livres numériques  siège ergonomique  casier  robot  informatique
  
- Toilettes et hygiène :
  - accès  toilettes spécifiques  aménagements matériels ou changes  douche  aide humaine
- Récréation et interours :
  - précautions vis-à-vis du froid  soleil  jeux, bousculades
- Accessibilité aux locaux :
- Environnement visuel, sonore, autre :

**IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement : le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs lors des**

- 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

**V. Restauration**

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

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° 05

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.
- Rester avec l'élève
- Évaluer la situation et pratiquer :

Signes	Conduite à tenir	Traitement
Nausées ou vomissements modérés	1. Contacter immédiatement les parents 2. Installer l'enfant dans un lieu calme et aéré	<input type="radio"/> Ne pas donner de traitement <input type="radio"/> Donner en cas de fièvre : <b>paracétamol</b> Forme : _____ Dose : _____ 1 dose toutes les 6 heures si douleur ou fièvre, maximum 4 doses par jour.
Fièvre		
Fatigue		

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

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
Vomissements importants	1. Contacter immédiatement les parents 2. Installer l'enfant dans un lieu calme et aéré	

#### Dispositifs :

<input type="checkbox"/> Présence d'un cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Pansement à maintenir au sec
<input type="checkbox"/> Autre cathéter veineux	<input type="checkbox"/> Si pansement suintant ou défait, contacter les parents
<input type="checkbox"/> Prothèse	

Existence d'une fiche de liaison confidentielle pour le médecin EN

Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :