

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

## ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Photo de l'élève

### ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ

Année scolaire : 20 / 20      Restauration scolaire : Oui ☐ Non ☐

Classe :      Accueil périscolaire : Oui ☐ Non ☐

### Responsables à contacter

	Père	Mère	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mail			

### Médecins référents de la pathologie

Nom :       :      Mail :  
 Nom :       :      Mail :  
 Service hospitalier :       :      Mail :

### IMPORTANT

**Les pages 2 et 3 sont à renseigner exclusivement par le médecin référent de la pathologie**

Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et /ou des besoins spécifiques de l'élève doit être datée, signée et tamponnée par le médecin la proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

- ⇒ Tout personnel remplaçant, animateur / éducateur sportif, assistant, doit être informé de ce PAI.
- ⇒ Obligation de **discretion 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

**BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE (hors situation d'urgence)**

- ☐ Education Physique et Sportive (EPS) : se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- ☐ Tout type de déplacement et EPS : prendre la trousse d'urgence
- ☐ Précautions si activité en extérieur (récréation, ...) :
- ☐ Classe transplantée : voir page 4/4
- ☐ Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- ☐ Régime alimentaire :
- ☐ Temps de repos, sieste, horaire adapté, ... :
- ☐ Boisson (classe), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie, ...) :
- ☐ Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- ☐ Service d'assistance pédagogique à domicile (SASPAD)
- ☐ Double jeu de livres :
- ☐ Autres :

**Traitement médical au quotidien (médicaments, soins, régime alimentaire, ...)**

Joindre l'ordonnance si prise médicamenteuse sur temps scolaire ou périscolaire :

Date :

Signature et cachet du médecin référent pour la pathologie

**PROTOCOLE d'INTERVENTION MÉDICALE d'URGENCE****(Sauf ALLERGIE)** en conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés.  
Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, appeler le Centre 15 / 112**

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :

SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN RÉFÉRENT pour la PATHOLOGIE

# ALLERGIES

Allergènes :

 Troubles Respiratoires connus : ☐ oui ☐ non

## RESTAURATION SCOLAIRE / GOÛTER :

- ☐ Non Autorisé
- ☐ Autorisé avec panier repas familial seul, si possible dans la collectivité territoriale compétente  
L'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille.
- ☐ Autorisé avec plateau spécifique industriel garanti sans allergènes si proposé par la collectivité territoriale compétente.
- ☐ Menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments allergènes, si possible dans la collectivité territoriale compétente (les parents prendront connaissance des menus)  
 Préciser lesquels :
- ☐ Eviction alimentaire complète lors de la semaine du goût et autres actions avec dégustation

## AUTRES ATTENTIONS PARTICULIÈRES nécessitant des aménagements :

- ☐ Manipulation : pâte à modeler, pâte à sel, cacahuètes, fruits à coque, ...
- ☐ Autres (exposition à des produits volatiles, ...) :

## PROTOCOLE d'INTERVENTION MÉDICALE d'URGENCE

A remplir par le médecin référent de la pathologie, en conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Alerter immédiatement le Centre 15 / 112 dès les premiers signes** : informer de l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté
- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés.  
 Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112**

SIGNES d'APPEL	CONDUITES À TENIR
<b>Urticaire aigu</b> : plaques rouges et démangeaisons	Faire avaler :
<b>Œdème sans signe respiratoire</b> : gonflement des lèvres, visage ou partie du corps et démangeaisons	Faire avaler :
<b>Conjonctivite</b> : Yeux rouges gonflés	
<b>Crise d'asthme</b> : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement, difficulté à parler, ...	Faire inhaler ..... bouffées consécutives de ..... Chambre d'inhalation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si pas d'amélioration dans les ..... minutes, faire à nouveau inhaler ..... bouffées consécutives de ..... Si toujours pas d'amélioration après un total de ..... bouffées, ou ..... minutes, faire : ..... Si échec des sprays avec aggravation OU d'EMBLÉE SIGNES d'ASPHYXIE, injecter dans la face antérieure de la cuisse : .....
<b>Œdème (laryngé) et signes respiratoires</b> : Toux rauque, voix modifiée, étouffement	Injecter sur la face antérieure de la cuisse : .....
<b>Malaise avec signes d'appel</b> : fatigue inhabituelle, sensation de malaise avec une ou plusieurs manifestations allergiques (cutanée, gêne respiratoire, troubles digestifs...) <b>Perte de connaissance</b> :	Coucher l'élève et surélever ses jambes OU SI GÊNE RESPIRATOIRE l'installer en position demi-assise Injecter sur la face antérieure de la cuisse : .....

Date :

SIGNATURE / CACHET du MEDECIN RÉFÉRENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE

Je soussigné(e), .....

responsable légal(e) de l'enfant .....

- 1 – demande la mise en place d'un Projet 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 afférents** 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 :**

### **AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES à PRÉVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTÉE**

- **Besoins spécifiques supplémentaires :**
  
- **Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :**

**DATE :**

**Signatures :** Médecin référent de la pathologie :

Directeur / Chef d'Etablissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :

Professeur Principal ou Accompagnant :

Représentants Légaux :

### **TROUSSES d'URGENCE**

- ☐ **Contenu** : les médicaments fournis par les parents à l'identique de l'ordonnance et **le double de ce PAI**. Les parents **sont responsables** de renouveler les médicaments périmés ou utilisés.
- ☐ Lieu rangement fixe et accessible en permanence : Réfrigérateur : ☐ oui ☐ non
- ☐ **Si déplacement, prendre la trousse d'urgence**

### **DATES et SIGNATURES**

**Date :** ...

**Pour une durée de :**

Directeur / Chef d'Etablissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :  
(en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire(s) extérieur(s) :