

Projet d'accueil individualisé : PAI

Nom et Prénom de l'élève :

Classe :

Année scolaire :

Département : Doubs

Académie : Besançon

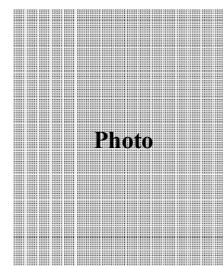
Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

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.

1- Renseignements administratifs – **Partie à remplir par la famille**

Élève	
Nom / Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>



Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	☎Travail	Portable	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Souhaitez-vous renouveler le PAI de votre enfant pour l'année scolaire suivante ?

Partie à remplir par la famille et le médecin traitant ou spécialiste

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seconde <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> BTS Année scolaire 20..../20....	<input type="checkbox"/> Sans modification → si les renseignements médicaux notés sur le PAI précédent sont inchangés, merci de fournir aux infirmières à la rentrée scolaire une ordonnance en cours de validité datant de moins d'un an ainsi que les médicaments afin de renouveler les périmés. <input type="checkbox"/> Avec modification → Pour toute modification du PAI (traitement, molécule ou dosage), vous trouverez sur le site internet du lycée, dans l'onglet « infirmerie », les documents nécessaires à la création d'un nouveau PAI avec votre médecin. Sinon, merci de faire apposer la signature du médecin pour toute modification apportée à ce PAI.	Ordonnance(s) valable <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> ATTENTION : Sans ordonnance valide ou renouvelé, le PAI n'est plus valable. Merci de fournir des ordonnances couvrant toute l'année scolaire (idéalement du 1 ^{er} septembre au 05 juillet). <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seconde <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> BTS Année scolaire 20..../20....	<input type="checkbox"/> Sans modification → si les renseignements médicaux notés sur le PAI précédent sont inchangés, merci de fournir aux infirmières à la rentrée scolaire une ordonnance en cours de validité datant de moins d'un an ainsi que les médicaments afin de renouveler les périmés. <input type="checkbox"/> Avec modification → Pour toute modification du PAI (traitement, molécule ou dosage), vous trouverez sur le site internet du lycée, dans l'onglet « infirmerie », les documents nécessaires à la création d'un nouveau PAI avec votre médecin. Sinon, merci de faire apposer la signature du médecin pour toute modification apportée à ce PAI.	Ordonnance(s) valable <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> ATTENTION : Sans ordonnance valide ou renouvelé, le PAI n'est plus valable. Merci de fournir des ordonnances couvrant toute l'année scolaire (idéalement du 1 ^{er} septembre au 05 juillet). <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seconde <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> BTS Année scolaire 20..../20....	<input type="checkbox"/> Sans modification → si les renseignements médicaux notés sur le PAI précédent sont inchangés, merci de fournir aux infirmières à la rentrée scolaire une ordonnance en cours de validité datant de moins d'un an ainsi que les médicaments afin de renouveler les périmés. <input type="checkbox"/> Avec modification → Pour toute modification du PAI (traitement, molécule ou dosage), vous trouverez sur le site internet du lycée, dans l'onglet « infirmerie », les documents nécessaires à la création d'un nouveau PAI avec votre médecin. Sinon, merci de faire apposer la signature du médecin pour toute modification apportée à ce PAI.	Ordonnance(s) valable <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> ATTENTION : Sans ordonnance valide ou renouvelé, le PAI n'est plus valable. Merci de fournir des ordonnances couvrant toute l'année scolaire (idéalement du 1 ^{er} septembre au 05 juillet). <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	

Vérification annuelle des éléments du PAI fourni par la famille :

fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 et l'infirmière 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

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et Date
Directrice d'établissement	GUIOT Marie	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>
Directrice-adjointe	MERLE DOCHY Corinne	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>
Infirmières	AMBROSINO Mélanie SASSET Martine	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>

Partenaires

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et Date
Médecins traitants, services hospitaliers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Représentant du service de restauration	<input type="text"/>	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>
Responsable des autres temps périscolaires (CPE)	MARILLIER Jean-Christophe SCHERMANN Anita	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>
Professeur(e) principal(e)	<input type="text"/>	2 Rue des Chanets 25410 Dannemarie-sur-Crête	<input type="text"/>

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

2- Aménagements et adaptations

Partie à remplir par le médecin traitant ou à préciser :

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

b. 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.) **Joindre le certificat d'inaptitude EPS**

Préciser :

c. Aménagements 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, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)

Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)

Récréation et intercourts (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)

Accessibilité aux locaux

Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

d. 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 :

e. Restauration

Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective

Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :

Par le service responsable de la restauration

Par l'élève lui-même (affichage INCO)

Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution

Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)

Goûter et/ou collations fournis par la famille

Boissons

Suppléments alimentaires

Priorité de passage ou horaire particulier

Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Préciser :

f. Soins

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

Traitement médicamenteux :

Nom (commercial/générique) :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire de prise :

Surveillances particulières : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

Protocole joint

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

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 6)

Autres soins

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 :

g. 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="text"/>
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ADADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire	<input type="text"/>

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° 02

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels (autres que le 15 ou le 112) :	
Fiche établie pour la période suivante :	
Enfant allergique à :	
Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution (« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... ») ? oui non	

- **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** (la réaction a eu lieu dans les minutes suivant l'exposition) **et la gravité**

La réaction est **GRAVE**

Si **1 seul** des signes parmi les suivants

- **Il respire mal et sa voix change**
- **Il respire mal et il siffle ou il tousse**
- **Il a très mal au ventre, il vomit plusieurs fois**
- **Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu le démangent**
- **Il se sent mal ou bizarre**
- **Il fait un malaise**



- Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer**
 - Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse**
Spécialité :
 - Appeler le SAMU (15 ou 112)**
 - Si gêne respiratoire** : faire inhaler bouffées de avec la chambre d'inhalation (5 respirations après chaque bouffée à répéter si persistance de la gêne après 15 minutes).
- En attendant les secours, une 2^{ème} injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes*
- Informé la famille**

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

Cachet du médecin :

Date :

La réaction est **MODEREE**

- Sa bouche pique, ses lèvres gonflent
- Ses yeux piquent, son nez coule
- Des plaques rouges démangent de façon localisée
- Il a un peu mal au ventre et/ou il a envie de vomir
- Autre :

Mais il parle bien et il respire bien



- Traitement anti-histaminique par voie orale :
- Surveiller l'enfant jusque disparition complète des symptômes
- Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
- Autre :



EN L'ABSENCE D'AMELIORATION ou si apparition d'un nouveau signe, évaluer de nouveau la gravité de la réaction **POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE**

Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Signature du médecin :

Annexe : Modalités de l'injection de l'adrénaline selon la présentation du produit

ANAPEN



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille.



Retirer le bouchon protecteur.



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse.



Appuyer sur le bouton rouge et maintenir appuyé 10 sec. Puis masser la zone d'injection.

EMERADE



Enlever le bouchon blanc.



Placer le stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement et maintenir appuyé pendant 5 secondes



Puis masser la zone d'injection

EPIPEN



Enlever Le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit





Enfoncer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes

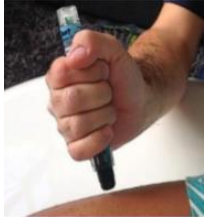


Puis masser la zone d'injection


JEXT




Enlever le bouchon jaune.



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement sur la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes.



Puis masser la zone d'injection.

Nom/ Prénom :

7. Fiche spécifique n°02

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
 Académie : _____
 Département : _____

3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

Cette fiche est destinée à être utilisée avec les protocoles existants pour les pathologies les plus fréquentes et est disponible sur la **fiche spécifique n° 02**.

Nom / Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de l'urgence médicale (à compléter avant que le 112 ou le 1122)
 Fiche établie pour la période suivante : _____
 Dès les premiers signes, faire chercher le secours d'urgence (112) et/ou appeler un téléphone d'urgence. **Ne pas quitter l'enfant.**

La réaction a lieu dans les minutes suivant l'exposition à un allergène (alimentaire ou insecte)
 Préciser : _____

Indiquer immédiatement la gravité de la réaction :

La réaction est MODÉRÉE
 Il s'agit d'un allergène par voie orale
 - Il respire mal et sa voix change
 - Il respire mal et il siffle ou il toussote
 - Il a très mal au ventre, il vomit de façon localisée
 - Il devient rapidement rouge sur tout le corps ou ses mains, ses pieds, son cuir chevelu ou ses vêtements
 - Il se sent mal ou bizarre
 - Il fait un malaise
 La réaction est d'autant plus grave que plusieurs de ces signes sont associés

LES BONS REFLEXES
 1. Allonger l'enfant ou le laisser à assis en cas de gêne pour respirer
 2. Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse. Spécificité : _____
 3. Puis appeler le SAMU (15 ou 112)
 4. Si gêne respiratoire : faire inhaler _____ bouffées de _____ avec le chambre d'inhalation (à respirer après chaque bouffée) - à répéter _____ fois après 10 à 15 minutes

En attendant les secours, une 2^{ème} injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes ou plus

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.
 Un courrier avec des recommandations médicales complémentaires sera adressé à l'ensemble des services de santé à votre filière de santé à tenir : _____
 Coché ou non : OUI NON
 Cachet du médecin : _____ Date : _____ Signature du médecin : _____

Renseigner la liste précise des allergènes (cf : document de liaison) alimentaires ou insectes (guêpe, abeille et frelon)

Préciser le nom de l'auto-injecteur d'adrénaline

Préciser le nom de l'anti-histaminique par voie orale

La réaction est GRAVE
 - Il respire mal et sa voix change
 - Il respire mal et il siffle ou il toussote
 - Il a très mal au ventre, il vomit de façon localisée
 - Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu ou ses vêtements
 - Il se sent mal ou bizarre
 - Il fait un malaise
 La réaction est d'autant plus grave que plusieurs de ces signes sont associés

LES BONS REFLEXES
 1. Allonger l'enfant ou le laisser à assis en cas de gêne pour respirer
 2. Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse. Spécificité : _____
 3. Puis appeler le SAMU (15 ou 112)
 4. Si gêne respiratoire : faire inhaler _____ bouffées de _____ avec la chambre d'inhalation (à respirer après chaque bouffée) - à répéter _____ fois après 10 à 15 minutes

En attendant les secours, une 2^{ème} injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes ou plus

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

La réaction est MODÉRÉE
 - Sa bouche piquet, ses yeux gonflent
 - Ses yeux piquent, sont rouges
 - Des plaques rouges apparaissent de façon localisée
 - Il a un peu mal au ventre ou il a envie de vomir
 - Autre : _____
 Mais il parle bien et il respire bien

LES BONS REFLEXES
 1. Traitement anti-histaminique par voie orale : _____
 2. Surveiller l'enfant jusqu'à la disparition des symptômes
 3. Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
 4. Autre : _____

EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION
 OU SI APPARITION D'UN NOUVEAU SIGNE
 ÉVALUER DE NOUVEAU LA GRAVITÉ DE LA RÉACTION
 POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE

Nombre de bouffées et nom du bronchodilatateur