

# Projet d'accueil individualisé : PAI

**Nom et Prénom de l'élève** :

**Classe** :

**Année scolaire** :

**Département** : Doubs

**Académie** : Besançon

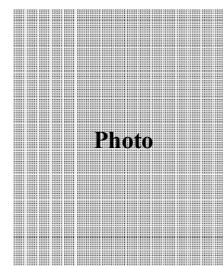
## Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

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	
<b>Nom / Prénom :</b>	<input type="text"/>
<b>Date de naissance :</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse :</b>	<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.*



**Vérification annuelle des éléments du PAI fourni par la famille :**

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

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

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

**Partenaires**

<b>Référents</b>	<b>Nom</b>	<b>Adresse administrative</b>	<b>Signature et Date</b>
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)	<b>MARILLIER Jean-Christophe</b> <b>SCHERMANN Anita</b>	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 à tenir en cas d'urgence

**Partie à remplir par le médecin traitant ou à préciser :**

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

<b>Nom Prénom :</b> <input type="text"/>	<b>Date de naissance :</b> <input type="text"/>
<b>Numéros d'urgence :</b> <input type="text"/>	
<b>Fiche établie pour la période suivante :</b> <input type="text"/>	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone.**  
**Évaluer la situation et pratiquer :**

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement
<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"/>

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

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement
<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"/>

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

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir. **Courrier joint :**  Oui  Non

**Date :**

**Signature du médecin :**

**Cachet du médecin ou numéro ADELI :**