

Projet d'Accueil Individualisé

Article D351-9 du Code de l'Éducation
Cirulaire n° 2003-135 du 08/09/2003

PATHOLOGIE :



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



<u>Insérer une photo récente</u>	<u>ELEVE</u>
	NOM : Prénom :
	Etablissement scolaire : Classe :
	Date de naissance :
	Adresse :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU dans l'ordre de priorité

Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable

PROTOCOLE D'URGENCE

Tout adulte présent est habilité à suivre les indications du protocole de soins d'urgence

SAMU : 15

ou 112 à l'étranger (Appel enregistré)

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR

Composition de la trousse d'urgence (avec photo de l'enfant) :

Lieu de stockage précis : (si possible, mettre une **croix rouge** en scotch sur le lieu de rangement de la trousse d'urgence) :

TRAITEMENT ET/OU AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE SCOLAIRE

1- BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

- **Accueil – organisation – cours** (exemple : attention particulière pour la manipulation de certains éléments) :

2 – ENSEIGNEMENT DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

3 - EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT :

- ⇒ Faire suivre l'information de façon prioritaire, indiquer l'existence d'un PAI sur le cahier d'appel.....

4 - DEPLACEMENTS SCOLAIRES – CLASSES TRANSPLANTEES

- ⚠ **Prendre la trousse d'urgence avec le double du PAI**
Toujours prendre un téléphone portable chargé pour pouvoir appeler les secours

Le cas échéant :

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger et faire traduire le PAI

Signatures du PAI

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. **Ils s'engagent à informer voire former dans la mesure du possible les personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.**

	Nom et prénom	Date et signature
Enseignant		
Professeur EPS		
Personnel de restauration		
Représentant de la mairie		
CPE		
Infirmier(ère) de l'Education nationale		
Elève concerné		
Médecin de l'Education nationale		
Responsable de l'établissement		

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un professionnel de santé : médecin et/ou infirmier(ère).

Nous, soussignés, père : ; mère ou représentant légal de l'enfant :

NOM : prénom demandons la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du médecin traitant :
 Docteur Adresse : Téléphone :

Nous nous engageons :

- à fournir les médicaments,
- à vérifier la date de péremption et à les renouveler dès qu'ils sont périmés,
- à informer le professionnel de santé de l'Education nationale - médecin et/ou infirmier(ère) - en cas de changement de la prescription médicale.

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, lycée, cantine, temps périscolaire...

Nous demandons à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Nous autorisons la transmission de ce document au SAMU si nécessaire.

Date et signature des représentants légaux

RENOUVELLEMENT DE P.A.I **(Projet d'Accueil Individualisé)**

Année scolaire 2020– 2021

Enfant :

Né le :

Scolarisé :

Classe :

Je soussigné(e) docteur.....
déclare avoir pris connaissance du P.A.I établi pour l'enfant
.....
en 2019 – 2020.

Ce P.A.I peut être reconduit en l'état pour l'année scolaire
2020 – 2021, selon l'ordonnance médicale actualisée.

Fait à.....le.....

Tampon et signature du médecin traitant
ou du médecin spécialiste