

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 ^{ère} 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.

Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire

Référents :	Nom :	Adresse administrative :	Signature et date :	Exemplaire reçu le :
<input checked="" type="radio"/> Chef d'établissement <input type="radio"/> Directeur d'école <input type="radio"/> Directeur d'établissement				
<input checked="" type="radio"/> Enseignant de la classe <input type="radio"/> Professeur principal <input type="radio"/> Encadrant de la structure				
<input checked="" type="radio"/> Médecin EN <input type="radio"/> Médecin de PMI <input type="radio"/> Médecin de collectivité				
<input checked="" type="radio"/> Infirmier EN <input type="radio"/> Infirmier de PMI <input type="radio"/> Infirmier de collectivité				

Partenaires :

Référents	Nom :	Adresse administrative :	Signature et date :	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres :				

Nom de l'élève :

PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS 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.) et stages
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessaire 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"><input type="checkbox"/> par le service responsable de la restauration<input type="checkbox"/> par l'élève lui-même (affichage INCO)	<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 :

VI. 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 (cf page 5)

Autres soins :

Existence d'une trousse d'urgence

- Contenu : PAI (obligatoire) 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
- Précision si nécessaire :

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

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° 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... ») ? <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> 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**



1. **Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer**
2. **Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse**
Spécialité :
3. **Appeler le SAMU (15 ou 112)**
4. **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
5. **Informez la famille**

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



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

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



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.



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



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



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 :