

## 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 <sup>ère</sup> 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 :<br><input type="radio"/> par le service responsable de la restauration<br><input type="radio"/> 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° 01

Nom / Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels (autres que le 15 ou le 112) :	
Fiche établie pour la période suivante :	

- > **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 et pratiquer :**

Signes d'appel possibles	Conduite à tenir	Traitement
<input type="checkbox"/> <b>Toux sèche</b> <input type="checkbox"/> <b>Gêne respiratoire</b> <input type="checkbox"/> <b>Essoufflement</b> <input type="checkbox"/> <b>Respiration sifflante</b> <input type="checkbox"/> <b>Pâleur</b> Autre : _____	⇒ <b>Asseoir l'enfant au calme</b> ⇒ <b>Le/la rassurer</b> ⇒ <b>Noter l'heure de début des symptômes</b> ⇒ <b>Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte</b>	<input type="checkbox"/> Faire inhaler bouffées de <input type="checkbox"/> Utiliser la chambre d'inhalation La procédure est la suivante : (cf. QR code ci-contre) - Secouer le spray - Placer le spray dans la chambre - Placer le masque/embout buccal sur le visage - Appuyer <b>UNE</b> fois sur le spray et laisser respirer l'enfant calmement 5 fois - Recommencer autant de fois que noté <input type="checkbox"/> Autre : _____
Si dans les _____ minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		<input type="checkbox"/> Refaire inhaler bouffées de toutes les _____ minutes pendant <input type="checkbox"/> Utiliser la la chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> Autre : _____



**Si les signes précédents persistent plus de \_\_\_\_\_ minutes ou si présence de signes de gravité : appeler le 15 ou 112**

Signes de gravité	Conduite à tenir	Traitement
Pas d'amélioration dans les _____ minutes <b>Présence de <u>signes de gravité</u> (d'emblée ou apparition) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assis et penché en avant</b></li> <li>• <b>Difficultés à parler et tousser</b></li> <li>• <b>Sueurs</b></li> <li>• <b>Agitation</b></li> <li>• <b>Trouble de la conscience</b></li> <li>• <b>Pauses respiratoires</b></li> </ul>	⇒ <b>APPELER le SAMU et suivre les consignes données</b> ⇒ <b>Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise et au calme</b> ⇒ <b>Informar la famille</b> ⇒ <b>Rassembler les documents utiles pour les secouristes</b>	<input type="checkbox"/> Continuer à faire inhaler bouffées de toutes les _____ minutes jusqu'à l'arrivée des secours <input type="checkbox"/> Utiliser la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) <input type="checkbox"/> Traitement complémentaire par : _____

Existence d'une fiche de liaison confidentielle pour le médecin EN
  Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Signature du médecin :

Date :