

ANNÉE SCOLAIRE : 2020/2021



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ
(Cirulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 BO n° 34 du 18-09-2003)

Afin de respecter le code de déontologie le diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes les informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent.

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : Classe :
Adresse : Téléphone :
.....

1-COORDONNÉES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT

	NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE
Parents ou responsable légal			
Autre personne à contacter en cas d'urgence			
Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie			
Médecin traitant			
Service hospitalier			
Service d'urgence	SAMU	Sur poste standard Sur portable	15 112

Centre Médico-scolaire de référence :
.....
.....

(à compléter, adresse et numéro de téléphone)

2- BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

- Nécessité d'un régime alimentaire.
- **LA TROUSSE D'URGENCE** identifiée par le nom, prénom et photographie récente de l'enfant, contenant les médicaments prescrits par le médecin et le protocole d'urgence est accessible à tout moment (sur le temps scolaire et périscolaire) et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
 - Indiquer **l'endroit exact** où est entreposée la trousse d'urgence dans l'école/établissement :
.....
et/ou
 dans la cantine/garderie :
 - La trousse est fournie par les parents et doit contenir un double de ce document (PAI).
 - La trousse doit être hors de portée des enfants.
 - Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
 - Les parents s'engagent à informer le directeur de l'école ou le chef d'établissement en cas de changement de prescription médicale et de coordonnées téléphoniques
 - **PAI à diffuser à toute personne intervenant auprès de l'élève et en cas de remplacement d'un enseignant.**
 - La trousse d'urgence sera remise à la famille à chaque fin d'année scolaire par le directeur ou le chef d'établissement.
 - Pour un voyage scolaire ou une classe transplantée, l'équipe pédagogique et la famille doivent s'assurer dès la conception du projet que le PAI peut s'appliquer en l'état : trousse d'urgence et traitements quotidiens sont placés sous la responsabilité de l'encadrant.
 - Pour le primaire, les temps périscolaires et la restauration scolaire : ces temps ne relèvent pas de l'éducation nationale, leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.
- **Prise en charge complémentaire :**
 - Soins ou accompagnement :
.....
 - Adaptations pédagogiques :
.....

PROTOCOLE D'URGENCE

à renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Protocole destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des personnels non soignants sur le temps scolaire, périscolaire ou extra-scolaire.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Poids :

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (à cocher)

Symptômes	Conduite à tenir
<p>En cas d'apparition d'un des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">•••••• <p>Signes s'aggravation :</p> <ul style="list-style-type: none">••••• <p>Traitement de fond de l'enfant :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Informations utiles à transmettre au 15 :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>➤ Appeler le centre 15 (112) et suivre leurs recommandations</p> <p>➤ Prévenir la famille</p>

Date :

**Cachet et signature du médecin
qui suit l'enfant :**

NOM : Prénom :

- ❖ La **reconduction** du Projet d'Accueil Individualisé l'année suivante est à l'initiative des parents, avec :
 - un nouveau formulaire PAI
 - un nouveau protocole d'urgence(modèles à demander au directeur ou au chef d'établissement)
- ❖ En cas de changement d'établissement, la **transmission** de ce document devra être réalisée par les parents de l'élève.
- ❖ Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et annexes.

DATE :

Signatures :

Les parents :

Le directeur/la directrice d'école ou le/la chef d'établissement :

Le/la représentant(e) de la municipalité ou le/la gestionnaire de l'établissement du second degré :

ADMINISTRATION

Cachet du médecin scolaire en cas de situation complexe

Un exemplaire signé du PAI est remis à chaque signataire
Faire autant de copies que nécessaire pour l'établissement scolaire.
Le chef d'établissement conserve l'original du PAI.