###### marianne-quadrilogo région académique nouvelle aquitaine

######  **ANNÉE SCOLAIRE : 2020/2021**

## PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

 (Circulaire 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 |
| Parentsou 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 : 15****Sur portable : 112** |

Centre Médico-scolaire de référence :

NOM :       Prénom :

* + - 1. **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** |
| En cas d’apparition d’un des signes suivants :*
*
*

Signes s’aggravation :*
*

Traitement de fond de l’enfant :……………………………………….……………………………………….**Informations utiles à transmettre au 15 :**…………………………………….....………………………………………. | ***** Appeler le centre 15 (112) et suivre leurs recommandations
* Prévenir la famille
 |

Cachet et signature du médecin qui suit l’enfant :

**Date :**

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**

**ADMINISTRATION**

*Cachet du médecin scolaire en cas de situation complexe*

**le/la gestionnaire de l’établissement du second**

**degré :**

**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.***