académie Toulouse
Direction des services départementaux de l'éducation nationale Hautes-Pyrénées

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).

ELEVE CONCERNE

Photo

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Ecole : Classe :	Sexe :
Activités périscolaires (CLAE et Restauration scolaire) oui ☐ Non☐ Activités extrascolaires(Centres de loisirs municipaux) oui ☐ Non☐	

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 médecin.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....
tel :.....
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document

Signature du représentant légal (obligatoire)

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer

Signature du PAI et date	**Signature du PAI et date**	**Signature du PAI et date**
Responsable établissement ou école	Médecin Ed Nat, médecin de PMI ou médecin traitant	Maire ou son représentant

Etablissement ou école fréquentée pour l'élève.....Année Scolaire : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement : ...

☎. : . / / / / /

Maire ou son représentant : .....

Médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de l'institution, Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé :

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		☎. : . / / / / / ✆. / / / / /

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Service du SAMU : 015 à partir d'un téléphone fixe ou 112 d'un téléphone portable

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	☎. : . / / / / /

Le médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	☎. : . / / / / /

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile	☎. : . / / / / /	☎. : . / / / / /
N° téléphone travail	☎. : . / / / / /	☎. : . / / / / /
N° téléphone portable	☎. : . / / / / /	☎. : . / / / / /

Protocole Médical

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
SIGNES MINEURS : nécessitant une surveillance plus attentive	
SIGNES MAJEURS : nécessitant des mesures à prendre en urgence.	
Des informations à fournir au médecin d'urgence peuvent être annexées **sous pli confidentiel**	

Nous vous rappelons la non présence permanente des personnels médicaux et infirmiers dans les écoles et les établissements.

Date : ..... Signature et cachet du médecin traitant ou spécialiste

MEDICAMENTS A ADMINISTRER PAR LES PERSONNELS DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	NOM DES PERSONNELS
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			

PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE (Type(s) de soin(s) – par qui – où – quand ….)

TROUSSE D'URGENCE contenant les médicaments prescrits par le médecin (déposée dans l'établissement) :

- Endroit où est déposée la trousse d'urgence
  - ◆ …… ◆ ……
- Cette trousse doit contenir un double de ce document
- **ATTENTION** : Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- **ATTENTION** : Les parents s'engagent à informer le médecin de l'Education Nationale en cas de changement de la prescription médicale.

AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES A PRÉVOIR :

- Aménagement physique et sportif
- Régime alimentaire
- Aménagements à détailler (accessibilité des locaux, mobilier,…)
- Déplacements scolaires en dehors de l'établissement scolaire
  - ☐ Emporter la trousse d'urgence avec le double de ce document
  - ☐ Noter les Numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

  ……, ……, ……
- Classes transplantées, voyages
  - ☐ L'enfant peut se déplacer avec ses camarades dans le cadre de sorties sans réserve particulière
  - ☐ L'enfant peut se déplacer avec ses camarades dans le cadre de sorties avec adaptations (préciser)

    ……

    ……

    ……

En cas de changement d'enseignant : Faire suivre l'information de **façon prioritaire**

Les activités péri et extra scolaire : Les parents s'engagent à fournir une autre trousse d'urgence aux personnes responsables de la structure