

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE** (Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003 ; B O n° 34 du 18/9/2003)PAI établi pour la période du : ..... au : ..... (1 an Maximum) ; Date du 1<sup>er</sup> PAI .....**ELEVE CONCERNE**Cachet de l'établissement

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Sexe :
Classe :	Signature :

**Je soussigné** père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la prise en compte de ses problèmes de santé sur le temps scolaire et périscolaire, par la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

**Je certifie** qu'un suivi médical régulier est mis en place, et assuré par le Docteur..... Exerçant à

**Je m'engage** à informer l'institution scolaire et le médecin de l'éducation nationale en cas de changement du suivi médical, et/ou de la prescription et autorise la transmission directe d'information entre ces professionnels de santé.

**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.

<u>Responsables</u>	<u>Nom</u>	<u>N° téléphone domicile</u>	<u>N° téléphone travail</u>	<u>N° téléphone portable</u>	<u>Signature</u>
<u>Monsieur</u>					
<u>Madame</u>					

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

<u>Référents</u>	<u>Nom</u>	<u>Service</u>	<u>Signature et Date</u>	<u>Exemplaire reçu le :</u>
<u>Responsable :</u>				
<u>Enseignant :</u>				
<u>Médecin scolaire ou PMI</u>				
<u>Infirmière Scolaire ou PMI</u>				

**PARTENAIRES**

<u>Service de soin Spécialisés</u>				
<u>Représentant du Service de restauration</u>				
<u>Autre</u>				

TOUTES INFORMATIONS NECESSAIRE A LA PRISE EN CHARGE DE L'ELEVE SERONT JOINTES AU PRESENT DOCUMENT.

**Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

Il est de la responsabilité des parents de fournir les médicaments et trousse d'urgence, de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

- Les trousse doivent contenir un double de ce document
- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence.....

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



**IV-3-1 : Prise En Charge Santé**

La décision de révéler des **informations médicales** appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé. La famille peut adresser sous pli cacheté au médecin scolaire, les informations qu'elle souhaite transmettre confidentiellement. *Les informations partagées dans ce document doivent se limiter à ce qui est nécessaire pour assurer la meilleure prise en charge au sein de la collectivité d'accueil, permettre d'assurer le traitement et/ou le régime prescrits, et intervenir en cas d'urgence. Elles ne seront diffusées qu'aux personnels astreints au secret professionnel, et directement impliqués dans la réalisation des actions prévues.*

**1) Conséquences pour la scolarité de la maladie ou affection**

(décrire le retentissement des troubles sur la scolarité)

**2) Situations présentant un risque particulier :**

Situations	Risques	MESURES A PRENDRE

**3) Soins dans la cadre de l'établissement scolaire**

Soins pouvant interférer sur le temps scolaire (l'organisme concerné est signataire du PAI):

-Fréquence et horaires des interventions :

-Local pour repos, kinésithérapie, ou les autres soins :

Prises de médicaments sur temps scolaire, hors urgence(Joindre copie de l'ordonnance) :

-Autorisation de sortir de classe dès que l'élève en ressent le besoin :        oui - non

**4) Dispositions spécifiques à prévoir pour :**

Restauration scolaire :	Goûters et Collations	activités pédagogiques
<input type="checkbox"/> Non autorisée <input type="checkbox"/> Paniers repas seuls autorisés <input type="checkbox"/> Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective <input type="checkbox"/> Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)	<input type="checkbox"/> Collations autorisées <input type="checkbox"/> Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève <input type="checkbox"/> Consommation des goûters habituels avec éviction simple <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires fournis par la famille <input type="checkbox"/> Possibilité de se réhydrater en classe	Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux : <input type="checkbox"/> Fruits à coque, arachide.. <input type="checkbox"/> Autre Végétaux : <input type="checkbox"/> Produits animaux <input type="checkbox"/> Produits de nettoyage <input type="checkbox"/> Réactifs (chimie) <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....

**5) Voyages et déplacements (y compris pour examens) :**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer :

Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger :

**6) Dispositions pratiques d'accessibilité :**

Trajet maison étab.	Locaux scolaires :	sanitaires :	de restauration :

**7) Mobilier et matériel spécifique :**

**IV-3-2 Besoins Pédagogiques de l'élève et Aménagements :****1) Adaptations pédagogiques et évaluations** (préciser les disciplines):

ACTIVITES	DIFFICULTES	MESURES A PRENDRE

**2) Horaires adaptés** : renseigner les temps de présence en cours, les temps de prise en charge.  
Joindre l'emploi du temps de l'élève Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**3) Double jeu de livres ou documents informatiques :****4) Aménagements pédagogiques à prévoir lors d'absences :**

	référénts	Dates prévisibles	Modalités
Transmission des cours, et devoirs ; autre (CNED...) :			
Evaluations et contrôles :			
APAD (aide pédagogique à domicile)			

**5) Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :**

Matière	Jours et Horaires d'intervention	Intervenants

**6) Dispositions à prendre lors des examens et contrôles :****7)**

Orientation scolaire et professionnelle	Contre-indications	
Souhaitée	Absolues	Relatives

**Motif de Passage en commission PrépAM :****Avis CIO :**