

Nom de l'élève

Académie :

Département :

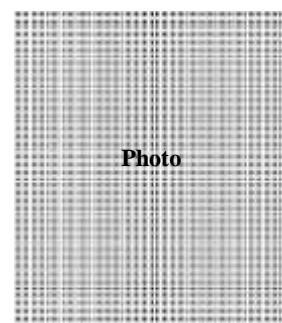
### Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

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.

#### 1 - Renseignements administratifs

<b>Élève</b>
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Adresse mail :



#### Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	Travail	Portable	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 1re demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin					
Date					
Classe					

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 :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement				

Nom de l'élève

Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

**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				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

**2 - Aménagements et adaptations - partie médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de la structure**

**a. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

---



---



---

**b. 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
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)  
*Joindre le certificat d'inaptitude EPS*

Préciser :

**c. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)  Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et intercours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux  Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

**d. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.**

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)  Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée  Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

*Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :*

Nom de l'élève

**e. Restauration**

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille
<input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :	<input type="checkbox"/> Boissons
<input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration	<input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires
<input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)	<input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier
<input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution	<input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
<input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	

Préciser :

**f. Soins**

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (*cf. ordonnance jointe*) :

Traitement médicamenteux : préciser nom (commercial/générique), posologie, mode de prise, horaire précis

Surveillances : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement  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 (page 4)  Autres soins

Contenu de la trousse d'urgence :

PAI obligatoirement  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 ».

Autre trousse d'urgence dans l'établissement

Préciser :

**g. 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 aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)	
<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 à tenir en cas d'urgence - partie médecin traitant ou à préciser : .....**

**Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes**

Nom/ Prénom :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone.**

**Évaluer la situation et pratiquer :**

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

**Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15**

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

*Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint :  Oui  Non*

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :