


## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ










Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période



Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :
NOM – PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ..... ..... ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : ..... .....  ..... CLASSE : .....	

### PARTIES PRENANTES

#### ► Coordonnées des responsables légaux

NOM – PRÉNOM	ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉLÈVE)	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		  PORT.  TRAVAIL

- Directeur d'école ou chef d'établissement : .....
- Enseignant ou professeur principal : .....
- Personnes ayant la charge de l'élève (AVS...) : .....
- Médecin scolaire : ..... Médecin PMI : .....
- Infirmière scolaire : ..... Infirmière PMI : .....
- Médecin traitant .....  .....
- Médecin spécialiste ou service spécialisé .....  .....
- Représentant de la collectivité territoriale : .....

### RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Parents ou responsables légaux .....
- SAMU 15 / 112**
- Médecin ou service hospitalier : .....
- Autre : .....
- .....
- .....

RAISONS MEDICALES MOTIVANT LE PAI : .....

**PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU**

**Protocole d'intervention en cas d'urgence rédigé et signé par le médecin traitant ou spécialiste précisant :**

- les signes d'appel de la crise et les mesures à prendre
- les signes de gravité nécessitant l'appel d'urgence au SAMU 15
- les informations à fournir au médecin du SAMU 15

Signaler au SAMU 15 le traitement disponible à l'école dans le cadre du PAI. S'il s'agit d'un produit injectable, suivre les directives du SAMU 15.

.....

<b>MÉDICAMENTS A ADMINISTRER PAR LES PERSONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE</b>			
<b>NOM DU MEDICAMENT</b>	<b>POSOLOGIE</b>	<b>VOIE D'ADMINISTRATION</b>	<b>LIEU DE RANGEMENT</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

**APPEL SAMU 15**

**Ne vous affolez pas .**  
**Appelez ou faites appeler le 15.**  
**Demandez le médecin régulateur et signalez la raison du PAI.**  
**Donnez des réponses brèves et précises aux questions posées.**  
**Ne raccrochez pas avant que le médecin régulateur ne vous le dise.**

**BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE**

- ▶ Type de la prise en charge (médicale – pédagogique) - Coordonnées des personnes ou organismes concernés (kiné - infirmière – service de soins ...) - Fréquence et horaires des interventions - Lieu d'intervention (intra ou extra-scolaire)
- ▶ Rythme scolaire adapté (horaires-repos...) - Accessibilité des locaux scolaires – restauration – sanitaires - Mobilier adapté (sièges, tables, éclairage...) - Temps pour prise de médicaments ou autres soins
- ▶ Soutien si scolarisation à temps partiel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**AMÉNAGEMENTS À METTRE EN OEUVRE**

- Prise médicamenteuse – orale / inhalée : .....
- Aménagements pédagogiques : .....
- Rééducation pendant le temps scolaire : .....
- Restauration et collation pendant le temps scolaire : .....
- Enseignement de l'éducation physique et sportive : .....
- Travail en atelier : .....
- Transports scolaires : .....
- Déplacements scolaires (classes transplantées) : .....

Date :	SIGNATAIRES (nom - signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

### RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire **à la demande des parents**.
- Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants