

## 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.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### Élève

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etablissement scolaire :

#### Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté :	Nom et prénom :	Adresse :	e-mail :	Téléphone :	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 1 <sup>ère</sup> demande	Modifications de posologie éventuelles				
Date / Classe						
Posologie						

#### Vérification annuelle par l'école ou l'établissement des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date					
Signature					

**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				
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin EN Médecin de PMI Médecin de collectivité				
Infirmier EN Infirmier de PMI Infirmier de collectivité				

**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 :				

Nom de l'élève :

**PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS**  
**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE STRUCTURE ou à préciser :**

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

**II. 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

Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (EPS, activités manuelles ...) **Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS**

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

Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire) :

Place dans la classe :

Mobilier et matériel spécifique

double jeu de livres    livres numériques    siège ergonomique    casier    robot    informatique

Toilettes et hygiène :

accès    toilettes spécifiques    aménagements matériels ou changes    douche    aide humaine

Récréation et interours :

précautions vis-à-vis du froid    soleil    jeux, bousculades

Accessibilité aux locaux :

Environnement visuel, sonore, autre :

**IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement : le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs lors des**

Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.) et stages

Déplacements pour examens

Sorties sans nuitée

Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

**V. Restauration**

Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective

Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :

par le service responsable de la restauration

par l'élève lui-même (affichage INCO)

Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution

Panier repas fourni par la famille (selon la réglementation en vigueur)

Goûter et/ou collations fournis par la famille :

Boissons :

Suppléments alimentaires :

Priorité de passage ou horaire particulier :

Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement :

## VI. Soins

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

Traitement médicamenteux :

Nom (commercial/générique) :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire de prise :

Surveillances particulières : Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

*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 (cf page 5)

Autres soins :

### **Existence d'une trousse d'urgence**

- Contenu : PAI (obligatoire) 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 » oui non
  - Autre trousse d'urgence dans l'établissement oui non
- Précision si nécessaire :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
Proposition d'aménagements des épreuves, examens, à la demande des responsables légaux	
Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités)	
APADHE CNED en scolarité partagée Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire	

Nom de l'élève :

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

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

#### Fiche spécifique N° 01

Nom / Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels (autres que le 15 ou le 112) :	
Fiche établie pour la période suivante :	

- **Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.**
- **Rester avec l'élève**
- **Évaluer la situation et pratiquer :**

Signes d'appel possibles	Conduite à tenir	Traitement
<b>Toux sèche</b> <b>Gêne respiratoire</b> <b>Essoufflement</b> <b>Respiration sifflante</b> <b>Pâleur</b> Autre :	⇒ <b>Asseoir l'enfant au calme</b>  ⇒ <b>Le/la rassurer</b>  ⇒ <b>Noter l'heure de début des symptômes</b>  ⇒ <b>Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte</b>	Faire inhaler bouffées de Utiliser la chambre d'inhalation La procédure est la suivante : (cf. QR code ci- contre) - Secouer le spray - Placer le spray dans la chambre - Placer le masque/embout buccal sur le visage - Appuyer <b>UNE fois</b> sur le spray et laisser respirer l'enfant calmement 5 fois - Recommencer autant de fois que noté  Autre :
Si dans les minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		Refaire inhaler bouffées de toutes les minutes pendant Utiliser la la chambre d'inhalation Autre :



**Si les signes précédents persistent plus de minutes ou si présence de signes de gravité : appeler le 15 ou 112**

Signes de gravité	Conduite à tenir	Traitement
Pas d'amélioration dans les minutes  <b>Présence de signes de gravité</b> (d'emblée ou apparition) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assis et penché en avant</b></li> <li>• <b>Difficultés à parler et tousser</b></li> <li>• <b>Sueurs</b></li> <li>• <b>Agitation</b></li> <li>• <b>Trouble de la conscience</b></li> <li>• <b>Pauses respiratoires</b></li> </ul>	⇒ <b>APPELER le SAMU et suivre les consignes données</b>  ⇒ <b>Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise et au calme</b>  ⇒ <b>Informer la famille</b>  ⇒ <b>Rassembler les documents utiles pour les secouristes</b>	Continuer à faire inhaler bouffées de outes les minutes jusqu'à l'arrivée des secours Utiliser la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) Traitement complémentaire par :

Existence d'une fiche de liaison confidentielle pour le médecin EN

Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Signature du médecin :

Date :

## Fiche de liaison confidentielle - Asthme

### Entre le médecin traitant ou de réseau et le médecin de l'éducation nationale

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de ses difficultés et à adresser par l'intermédiaire de la famille au médecin de l'Éducation nationale.  
Les renseignements fournis et les documents associés sont très importants pour l'élaboration du PAI.

<b>ENFANT :</b>	Date de naissance :
Etablissement :	
<b>MEDECIN :</b>	Spécialité :
Lieu d'exercice	
Téléphone :	Mail :
Date de la réalisation de la fiche :	

Diagnostic médical principal (joindre tout document médical utile) :
Allergènes ou facteur(s) spécifique(s) déclenchant la crise :
Autres antécédents :

#### Troubles ou difficultés présentés par l'enfant/l'adolescent :

→ Nature des troubles ou difficultés

→ Manifestations aiguës du trouble

Adaptation des temps de présence dans l'établissement pouvant être souhaitable

Prévenir les parents en cas d'activité physique d'intensité inhabituelle

Aménagement de l'environnement pouvant être souhaitable

Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :

Aménagements à l'extérieur de l'établissement pouvant être souhaitable

Prévenir la famille à l'avance pour décrire les sorties de classe et s'assurer que les conditions permettront d'appliquer le PAI

Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI comportant la fiche de conduite à tenir en cas d'urgence

Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau

Lors des sorties scolaires, éviter l'exposition et le contact direct avec les animaux à poils (chat, chien, cheval...)

Soins ou traitement à prévoir sur le temps scolaire / dans l'établissement

#### **Joindre une ordonnance à part**

**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. Ils s'engagent à informer l'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation

→ Nom du médicament, horaire et modalité de prise :

**Existence d'une trousse d'urgence :**      oui      non  
Nécessité pour l'enfant/l'adolescent d'avoir sa **trousse d'urgence sur lui :**      oui      non  
La trousse d'urgence contient :

un bronchodilatateur inhalé      une chambre d'inhalation      autre

#### Evaluation de la gestion de l'urgence ou manifestation aiguë par l'enfant/ l'adolescent :

- L'enfant est capable de porter sur lui sa trousse d'urgence en permanence si le contexte le permet :  
OUI      NON      NE SE PRONONCE PAS
- L'enfant sait quand et comment utiliser les médicaments de sa trousse d'urgence :  
OUI      NON      NE SE PRONONCE PAS
- L'enfant est capable d'avoir recours à l'adulte en cas de problème :  
OUI      NON      NE SE PRONONCE PAS

Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double du PAI dont la fiche conduite à tenir en cas d'urgence



Académie :

Département :

Autres remarques, consignes, orientations, informations utiles... :

**Cachet du médecin :**

**Signature :**