P29C4T2#yIS1



# 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** | **Domicile** | **e-mail** | **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 1ere 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 enplace.

Seuls l’élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

© [Ministère de l’Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports](https://www.education.gouv.fr/) – [Lien pour la circulaire](https://www.education.gouv.fr/l-accueil-des-eleves-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-individualise-6695)



Page 1 / 5 ou 6

© Direction générale de l’enseignement scolaire-MCT[– Lien Eduscol pour les fiches PAI](https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades)

## 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 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** |  |  |  |  |
| **Représentantduservicede restauration** |  |  |  |  |
| **Responsable des autres temps périscolaires** |  |  |  |  |
| **Autres :** |  |  |  |  |



Nom de l'élève :

© [Ministère de l’Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports](https://www.education.gouv.fr/) – [Lien pour la circulaire](https://www.education.gouv.fr/l-accueil-des-eleves-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-individualise-6695)



Page 2 / 5 ou 6

## PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS

**PARTIE MEDECIN DE L’EDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE STRUCTURE ou à préciser :**

## Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

1. **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.)

Préciser :

*Joindre le certificat d’inaptitude d’EPS*

## 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 :

## 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 :*

## 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 (gestion 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 particulier pour l’installation |

Préciser :

© [Ministère de l’Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports](https://www.education.gouv.fr/) – [Lien pour la circulaire](https://www.education.gouv.fr/l-accueil-des-eleves-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-individualise-6695)



Nom de l'élève :

© Direction générale de l’enseignement scolaire-MCT[– Lien Eduscol pour les fiches PAI](https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades)



Page 3 / 5 ou 6



## Soins

* Traitement quotidien sur le temps de présence dans l’établissement (cf. ordonnance jointe) : ☐ oui ☐ non
* Traitement médicamenteux :
  + Nom (commercial/générique) :
  + Posologie :
  + Mode de prise :
  + Horaire de prise :
* Surveillances particulières : ☐ oui ☐ non
  + Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données… :
* Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l’établissement ☐ oui ☐ non
  + Préciser :

*Protocole joint* ☐ oui ☐ non

* Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin : ☐ oui ☐ non
  + Préciser : Tapez du texte
* Fiche « Conduite à tenir en cas d’urgence » jointe (cf page 5)
* Autres soins :

## Trousse d’urgence :

* Existence d’une trousse d’urgence : ☐ oui ☐ non.
* 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 » : ☐ oui ☐ non

- Autre trousse d’urgence dans l’établissement : ☐ oui ☐ non Préciser :

## 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 aux examens, à la demande des responsables légaux |  |
| * Temps périscolaire (spécificités liées au typed’activités, etc.) |  |
| * APADHE * Cned en scolarité partagée * Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire : |  |



Nom de l'élève :

© [Ministère de l’Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports](https://www.education.gouv.fr/) – [Lien pour la circulaire](https://www.education.gouv.fr/l-accueil-des-eleves-besoins-specifiques-la-mise-en-place-d-un-projet-d-accueil-individualise-6695)



Page 4 / 5 ou 6

Académie : MARTINIQUE

Département : MARTINIQUE

**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.**

***Ne pas quitter l’enfant.***

**Evaluer la situation et pratiquer** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signes d’appel visibles** | **Mesures à prendre** | **Traitement** |
| * Toux sèche * Gêne respiratoire * Essoufflement * Respiration sifflante * Pâleur * Autre : | ⇒ Asseoir l’enfant au calme, le/la rassurer, noter l’heure  ⇒ Garder l’enfant sous la surveillance d’un adulte en position assise, au calme. | * Faire inhaler bouffées de * Dans la chambre d’inhalation   La procédure est la suivante : (cf. QR code ci- contre)   * Dans tous les cas, secouer le spray * Si utilisation d’une chambre d’inhalation, placer le spray dans la chambre. - Placer le masque/embout buccal sur le visage * Appuyer UNE fois 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 * Dans la chambre d’inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) * Autre : |

**Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signes de gravité :** | **Mesures à prendre** | **Traitement** |
| * Sans amélioration dans | ⇒ APPELER **le SAMU (15** | * Continuer à faire inhaler bouffées de |
| les minutes   * Si apparition de signes de gravité (Assis et penché en avant a du mal à parler   et à tousser/ | **ou 112)** et suivre les consignes données  ⇒ Garder l’enfant sous la surveillance d’un adulte en position assise, au calme. | toutes les minutes jusqu’à l’arrivée des secours   * Dans la chambre d’inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) * Traitement complémentaire par : |
| Sueurs/Agitation/Trouble |  |  |
| de la conscience/ Pauses |  |  |
| respiratoires/…) |  |  |

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 :

[© Direction générale de l’enseignement scolaire-MCT](https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades)



Page 5 / 5