

Nom : Prénom :

ANNEE SCOLAIRE 20.../20....

Académie de Martinique

Insertion du logo

Projet d'Accueil Individualisé

Elève

Nom

Prénom

Né le :

Scolarisé en :

Etablissement :

Année scolaire :

Personnes à contacter (*Téléphone*)

Les urgences :

Téléphone standard : 15

Téléphone portable : 112

Parents :

	PERE	MERE	Représentant légal si autre
Nom			
Domicile	0596	0596	
Travail			
portable	0696	0696	

Autre personne à prévenir, désignée par les parents, si eux-mêmes ne sont pas joignables :

Lien à la famille :

Nom :

Tél :

Médecin le plus proche : Nom :

Tél :

Médecin traitant : Nom :

Tel :

Adresse :

Téléphone :

Médecin spécialiste suivant l'enfant : Nom :

Tel :

Spécialité :

Adresse

--

ANNEE SCOLAIRE 20.../20....
ANNEE SCOLAIRE

Nom

Prénom

né(e) le :

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussignée....., père, mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements fournis par mon médecin traitant le Dr.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Parties prenantes :

<i>FONCTION</i>	<i>NOM</i>	<i>SIGNATURE</i>	<i>DATE</i>
Directeur d'école Chef d'établissement			
Médecin scolaire			
Infirmière scolaire			
Parents			

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

- Double jeu de livres
- Autorisation de boire à volonté en classe
- Autorisation de sortie de classe pour aller aux toilettes
- Nécessité d'un lieu de repos où l'élève peut s'allonger :
- Eviter l'attente au restaurant scolaire
- Demande de tiers-temps :
- Soutien scolaire en cas d'absence :
- Faire suivre le PAI en cas de changement de classe, ou de déplacement hors de l'école

AMENAGEMENTS PARTICULIERS DURANT LES ACTIVITES PHYSIQUES

<p>Inaptitude : totale <input type="checkbox"/></p> <p> partielle <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>IMPORTANT : <u>éviter l'essoufflement</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sont contre-indiqués : <ul style="list-style-type: none"> ○ Endurance, cross, sports de compétition ○ Sport en apnée, plongée sous-marine ▪ Les activités physiques doivent être entrecoupées de périodes de repos et d'hydratation, <u>boire abondamment</u> ▪ Port de casquette et éviter l'exposition au soleil ; ▪ Arrêter l'effort si fatigue
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Concernant la Natation</u> <p>IMPORTANT : <u>éviter le</u></p> <p><u>refroidissement</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La natation est autorisée quand les conditions climatiques sont adéquates (tems sec, température de l'eau supérieure à 25°C) ◆ La durée de l'immersion dans l'eau doit être limitée à des périodes de 20 minutes au bout desquelles l'élève doit se sécher et se réchauffer.

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

Signes d'appel :	Mesures à prendre :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pâleur, ictère conjonctival important (= yeux jaunes) ▪ Douleurs : ▪ Difficultés respiratoires ▪ Fièvre ▪ Troubles neurologiques : maladresse, paralysie, convulsions ▪ Troubles de la vue 	<p>Appeler les parents et :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre au repos • Faire boire de l'eau • Donner : <p>(joindre un double de l'ordonnance)</p>

- **Référents à contacter :**
 - Parents**
 - Centre 15 (112 sur portable) : transmettre un double du PAI en cas de transfert**
 - Urgences pédiatriques CH Lamentin : 0596 57 12 31**
 - Autres :**

DATE :
Parents

Chef d'établissement

Médecin traitant

Médecin EN