

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

(BO N°34 du 18/9/03)

**ANNEE SCOLAIRE 200... - 200...**

**PREMIER PAI                      RENOUVELLEMENT**

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE**

**NOM DE L'ELEVE:** ..... **Prénom:** .....

Date de naissance: ..... Classe: .....

Nom des parents ou du représentant légal: .....

Adresse : .....

**Téléphones :** .....

Type de scolarisation :      Temps plein                      Temps partiel                      Temps partiel + CNED

**COORDONNEES DES PARTIES PRENANTES**

**Chef d'établissement**

Nom : ..... Tél : .....

**Médecin traitant**

Nom : ..... Tél : .....

**Médecin de l'Education Nationale**

Nom : ..... Tél : .....

**Service hospitalier spécialisé**

Nom : ..... Tél : .....

**Infirmière de l'Education Nationale**

Nom : ..... Tél : .....

**Représentant d'association**

Nom : ..... Tél : .....

**BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE**

**LIMITER LA FATIGABILITE DE L'ELEVE :**

Horaires adaptés: .....

Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin

Prévoir des temps de repos: .....

Lieu de repos: .....

Eviter l'attente au restaurant scolaire

Double jeu de livres



**PROTOCOLE D'URGENCE PRECONISE PAR LE MEDECIN TRAITANT (en cas de crise ou de malaise)**

- ❑ **Quels sont les signes que l'élève peut présenter et qui doivent alerter l'entourage ?**

.....  
.....  
.....

- ❑ **Quelles sont alors les mesures à prendre ? (ordonnance du médecin traitant à joindre au PAI)**

.....  
.....  
.....

**Personnes donnant le traitement :** .....

**Localisation de la trousse d'urgence :** .....

- ❑ **Quel est le médecin à joindre en cas urgence (préciser les numéros de téléphone) ?**

SAMU n°15 ou 112 sur portable.....  
.....

- ❑ **Quels sont les référents à joindre en cas urgence (préciser les numéros de téléphone) ?**

.....  
.....

**PRECAUTIONS A PRENDRE LORS DES TRANSPORTS SCOLAIRES:**

.....

**PRECAUTIONS A PRENDRE LORS DE SORTIE OU DE CLASSE TRANSPLANTEE OU EVACUATION:**

.....

**PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE DE L'ELEVE :**

**Médicale ou paramédicale :**

Nature de l'intervention dans l'établissement scolaire: .....

Coordonnées : .....

Heure et jour : ..... Lieu d'intervention : .....

**Pédagogique :**

Soutien scolaire en cas d'absence :

Matières : ..... Heures : .....

Assistance pédagogique à domicile :

Demande de tiers-temps aux examens :

Nom  
Prénom

ANNEE 2010-2011

□ **MODALITES DE CONCERTATION**

---

*Le présent contrat est signé pour l'année scolaire en cours. Il peut être révisé en cours d'année à la demande d'une des parties. Il peut aussi être décidé d'une réunion périodique si l'état de santé de l'élève nécessite une actualisation périodique des mesures thérapeutiques et /ou pédagogiques.*

□ **SIGNATAIRES DU CONTRAT**

---

Date : .....

<b>FONCTION</b>	<b>NOM</b>	<b>SIGNATURE</b>
<b>Parents</b>		
<b>Elève</b>		
<b>Chef d'établissement Directeur d'école</b>		
<b>Médecin scolaire</b>		
<b>Infirmière scolaire</b>		
<b>Professeur principal Enseignant</b>		
<b>Professeur EPS</b>		
<b>Conseiller principal d'éducation</b>		
<b>COP</b>		
<b>Autre :</b>		
<b>Représentant de la municipalité</b>		