

## 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 1 <sup>ère</sup> 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 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 :
<b>Chef d'établissement</b>				
<b>Directeur d'école</b>				
<b>Directeur d'établissement</b>				
<b>Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure</b>				
<b>Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				
<b>Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				

**Partenaires :**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Médecins traitants, services hospitaliers</b>				
<b>Représentant du service de restauration</b>				
<b>Responsable des autres temps périscolaires</b>				
<b>Autres :</b>				

Nom de l'élève :

➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Endroits où sont déposées les trousse d'urgence. :
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de l'ordonnance et du protocole d'urgence ;
- Les parents fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés ;
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale ;

➤ **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

- **La trousse ne doit pas être exposée au soleil**. Mode de conservation : pochette réfrigérante
- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

➤ **En cas de changement d'enseignant**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire

➤ **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI

**Besoins spécifiques de l'élève (à remplir par l'allergologue)**

➤ **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue):**

Non autorisé

Paniers repas seuls autorisés     l'élève doit être isolé    OUI    NON

Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective     l'élève doit être isolé    OUI    NON

Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)

Autre (préciser).....

➤ **Les goûters**

Goûters habituels autorisés

Consommation des goûters habituels avec éviction simple

Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

➤ **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)

Pâtes à modeler

Pâte à sel

Autres (préciser).....

➤ **Autres aménagements (à détailler)**

Allergie de contact    OUI    NON

Nombre de cases cochées

SIGNATURE DE L'ALLERGOLOGUE

**CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE** ANNÉE SCOLAIRE:

Poids:

Nom/Prénom:

Date de naissance:

Localisation de la trousse d'urgence:

ALLERGIE A:

Si Adrénaline, dans le frigidaire de :

Contacts autorisés: OUI. NON. Traces autorisés: OUI. NON

Coordonnées parents: Mère: Port. Dom. Travail  
 Père: Port. Dom. Travail

Signes cliniques	Conduite à tenir
<b>Mineurs</b> : Nécessitent une surveillance attentive, un traitement	<b>Appeler les parents Surveiller l'enfant Donner le traitement :</b>
<b>Urticaire</b> : plaques rouges, démangeaison localisée Ou <b>Conjonctivite</b> : yeux rouges, gonflés, larmolement Ou <b>Rhinite</b> : nez qui coule, bouché, éternuement	Antihistaminique :
<b>Œdème sans gêne respiratoire</b> : Gonflement des paupières, des lèvres, du visage	Antihistaminique : + Corticoïde :
<b>Sévères</b> : Nécessitent une intervention urgente	<b>Appeler le SAMU (15 ou 112) Faire chercher la trousse d'urgence Donner le traitement sans attendre :</b>
<b>Troubles digestifs</b> : maux de ventre, vomissements	Antihistaminique : + Corticoïde :
<b>Crise d'asthme</b> : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement	<b>Bronchodilatateur :</b> <b>2 bouffées, à répéter toutes les 5mn dans chambre d'inhalation</b>
<b>Etouffement</b> : toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie	<b>STYLO ADRENALINE :</b>
<b>Urticaire étendue + gonflement du visage + asthme</b>	Une dose à la face latérale de la cuisse
<b>Maux de ventre + vomissements + asthme</b>	<b>Si pas d'amélioration au bout de 10 à 15 mns</b> : une 2 <sup>ème</sup> dose est parfois nécessaire (après avis du SAMU)
<b>Urticaire étendue + gonflement du visage + maux de ventre + vomissements</b>	<b>Surélever les jambes en attendant les secours</b>
<b>Malaise grave</b> : choc anaphylactique	

Date	Signature et cachet de l'allergologue :
------	---

**Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.**

**Le :**

PARTIES PRENANTES	NOM Prénom	SIGNATURE	DATE
Le Parent			
Le directeur d'Ecole Le chef d'Etablissement			
Le médecin Education nationale			
L'infirmière Education nationale			
L'enseignant			
L' élu délégué aux affaires scolaires			
Le responsable du service municipal de (nom de la commune) chargé de la restauration scolaire			
Le responsable du prestataire chargé de la restauration			

**Le médecin et/ou l'infirmier(e) de l'Education nationale sont disponibles pour plus d'informations et démonstrations de l'administration des médicaments si nécessaire**

Pour voir une vidéo de démonstration d'utilisation de l'auto-injecteur ANAPEN, aller sur le site: [www.urgence-anaphylaxie.com](http://www.urgence-anaphylaxie.com)

## Modalités de l'injection de l'adrénaline selon la présentation du produit

### ANAPEN



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille.



Retirer le bouchon protecteur.



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse.



Appuyer sur le bouton rouge et maintenir appuyé 10 sec. Puis masser la zone d'injection.

### EMERADE



[www.emerade-bausch.fr](http://www.emerade-bausch.fr)



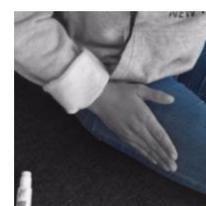
Enlever le bouchon blanc.



Placer le stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement et maintenir appuyé pendant 5 secondes



Puis masser la zone d'injection

### EPIPEN



Enlever Le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Enfoncer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes



Puis masser la zone d'injection

### JEXT



Enlever le bouchon jaune.



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement sur la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes.



Puis masser la zone d'injection.

Nom/ Prénom :