

## 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° 02

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels (autres que le 15 ou le 112) :	
Fiche établie pour la période suivante :	
Enfant allergique à :	
Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution (« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... ») ?      oui      non	

- **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** (la réaction a eu lieu dans les minutes suivant l'exposition) **et la gravité**

#### La réaction est **GRAVE**

Si **1 seul** des signes parmi les suivants

- **Il respire mal et sa voix change**
- **Il respire mal et il siffle ou il tousse**
- **Il a très mal au ventre, il vomit plusieurs fois**
- **Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu le démangent**
- **Il se sent mal ou bizarre**
- **Il fait un malaise**



1. **Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer**
  2. **Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse**  
Spécialité :
  3. **Appeler le SAMU (15 ou 112)**
  4. **Si gêne respiratoire** : faire inhaler      bouffées de      avec la chambre d'inhalation (5 respirations après chaque bouffée à répéter si persistance de la gêne après 15 minutes).
- En attendant les secours, une 2<sup>ème</sup> injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes*
5. **Informez la famille**

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

Cachet du médecin :

Date :

#### La réaction est **MODEREE**

- Sa bouche pique, ses lèvres gonflent
- Ses yeux piquent, son nez coule
- Des plaques rouges démangent de façon localisée
- Il a un peu mal au ventre et/ou il a envie de vomir
- Autre :

Mais il parle bien et il respire bien



1. Traitement anti-histaminique par voie orale :
2. Surveiller l'enfant jusqu'à disparition complète des symptômes
3. Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
4. Autre :



**EN L'ABSENCE D'AMELIORATION** ou si apparition d'un nouveau signe, évaluer de nouveau la gravité de la réaction **POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE**

**Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes**

Signature du médecin :

### Annexe : 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**




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 :

Académie :  
Département :



## ANNEXE CONFIDENTIELLE – Fiche de liaison allergie

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

*A renseigner par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie  
et à adresser par l'intermédiaire de la famille au médecin de l'éducation nationale qui utilisera les renseignements fournis et les documents associés pour les adapter dans le contexte scolaire de l'enfant lors de l'élaboration du PAI*

#### L'ENFANT :

Nom/Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Ecole ou établissement (Nom/Ville) :

#### MEDECIN qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie :

Nom / prénom :

Spécialité :

Lieu d'exercice du médecin :

Téléphone :

Mail :

Date :

Niveau scolaire en cours à la réalisation de la fiche :

**Diagnostic médical principal** (joindre tout document médical utile) :

**Autres antécédents :**

#### ALLERGENE :

- Fait-il partie des 14 allergènes à déclaration obligatoire (cf. liste ci-dessous<sup>1</sup>) ?  oui  non
- Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution telles que « peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... » ?  oui  non
- Autres particularités :

#### Aménagement de l'environnement :

- Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :
  - Fruits à coque
  - cacahuètes /arachides
  - Œuf
  - Pâte à sel
  - Ballon de baudruche ou gant en latex
  - Pâte à modeler
  - Autre :

#### Aménagements à l'extérieur de l'établissement :

- Prévenir la famille plusieurs jours à l'avance pour décrire les **sorties de classe** et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le PAI.
- Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI dont la conduite à tenir en cas d'urgence : l'adrénaline auto-injectable doit être conservée à température ambiante < 25°C, à l'abri de la lumière. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.
- Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau.

#### Proposition de restauration par le médecin prescripteur du PAI :

→ **Repas** (cocher toutes les cases possibles)

- Restauration scolaire autorisée** sous couverture de la lecture des menus par l'élève / les parents
- Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective** si applicable
- Panier repas** apporté sous la responsabilité de la famille

Nom / Prénom de l'enfant :



Académie :  
Département :



→ **Goûters :**

- Goûter avec éviction du ou des allergènes par la collectivité  
 Goûter autorisé pour les seuls aliments rapportés par la famille

→ **Autres mesures :**

**Soins - traitement à prévoir sur le temps scolaire et/ou dans l'établissement ?**  oui  non

Joindre une ordonnance à part - nom des médicaments, posologies, modalités d'administration, horaires de prises). 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 nationale ou le médecin de PMI ou le médecin attaché à l'établissement.

Si oui, le(s)quel(s) ?

A quelle heure ?

Qui les donne ?  l'élève  autre, préciser :

**Existence d'une trousse d'urgence :**  oui  non La trousse est fournie par les parents et doivent contenir **un double du PAI**

→ Si oui, nécessité pour l'enfant d'avoir sa **trousse d'urgence sur lui** :  oui  non

La trousse d'urgence contient :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 auto-injecteur d'adrénaline  | <input type="checkbox"/> antihistaminique oral :   |
| <input type="checkbox"/> 2 auto-injecteurs d'adrénaline | <input type="checkbox"/> 1 copie du PAI dont la conduite à tenir en cas d'urgence allergique |
| <input type="checkbox"/> bronchodilatateur inhalé       | <input type="checkbox"/> autre, préciser :   |
| <input type="checkbox"/> chambre d'inhalation           |  |

**Evaluation de la gestion de l'allergie alimentaire par l'enfant et sa famille :**

→ 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 est capable de réaliser lui-même une éviction des aliments responsables d'allergie :

- OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

→ La famille de l'enfant est en mesure de repérer par la lecture des menus de restauration fournis les aliments responsables d'allergie (*sous réserve de l'application de la réglementation INCO*) :

- 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 d'allergie :

- OUI  NON  NE SE PRONONCE PAS

**Autres consignes ou précisions particulières :**

<sup>1</sup> **Liste des 14 allergènes à déclaration obligatoire (2021) :**

1. **Céréales contenant du gluten** (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales / 2. **Crustacés** et produits à base de crustacés / 3. **Oeufs** et produits à base d'œufs / 4. **Poissons** et produits à base de poissons / 5. **Arachides** et produits à base d'arachide / 6. **Soja et produits à base de soja** / 7. **Lait et produits à base de lait** (y compris de lactose) / 8. **Fruits à coques** (amandes, noisettes, noix, noix de : cajou, pécan, macadamia, du Brésil, du Queensland, pistaches) et produits à base de ces fruits) / 9. **Céleri** et produits à base de céleri / 10. **Moutarde** et produits à base de moutarde / 11. **Graines de sésame** et produits à base de graines de sésame / 12. **Anhydride sulfureux et sulfites** en concentration de plus de 10 mg/kg ou 10 mg/L (exprimés en SO<sub>2</sub>) / 13. **Lupin** et produits à base de lupin / 14. **Mollusques** et produits à base de mollusques

Nom / Prénom de l'enfant :