****

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé sur le temps scolaire **Eléments administratifs et signatures**(Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003) |

**⯑ : En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l’information**

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au **secret professionnel** et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l’enfant. Document établi **à la demande de la famille** à partir des informations fournies par la famille.

##### ELEVE

NOM:……………………………………………….. Prénom :…………………………………………

Date de naissance :…………………………….…………………………….. Sexe : ………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ecole/Etablissement………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………Classe : ……………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARENTS | Téléphone domicile | TéléphoneTravail | TéléphoneMobile |
| PERE : Nom |  |  |  |
| Adresse mail |
| MERE : Nom |  |  |  |
| Adresse mail  |
| Autre personne à prévenir Nom |  |  |  |
| Adresse mail |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REFERENTS A CONTACTER** | Nom | Téléphone | Mail |
| S.A.M.U |  | **15** |  |
| Médecin traitant |  |  |  |
| Médecin(s) spécialiste(s) |  |  |  |

**Lieu où les médicaments sont accessibles :**

|  |
| --- |
| **ETABLISSEMENT SCOLAIRE** |
| Année scolaire | Classe | Régime scolaire | Chef d’établissement/ Directeur d’école |
|  |  | Externe 🞏 ½ pens🞏 Interne 🞏 |  |
|  |  | Externe 🞏 ½ pens🞏 Interne 🞏 |  |
|  |  | Externe 🞏 ½ pens🞏 Interne 🞏 |  |
|  |  | Externe 🞏 ½ pens🞏 Interne 🞏 |  |
|  |  | Externe 🞏 ½ pens🞏 Interne 🞏 |  |

**SIGNATAIRES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années****Signatures**  |  |  |  |  |  |
| ***Représentants légaux*** |  |
|  PèreNom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Mère Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Autres Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
| ***Etablissement / Ecole*** |  |
|  Chef d’établissement Directeur d’école Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Professeur principal Enseignant de la classe Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Infirmière Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Professeur d’E.P.S. Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
| ***Médecin qui suit l’enfant*** |  |
| Nom : ……………………… | Voir signature p2 du protocole d’urgence et besoins spécifiques de l’élève |
| ***Partenaires*** |  |
|  Maire ou Responsable  de la restauration Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Maire ou Responsable  du service périscolaire Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  Autres Nom : ……………………… |  |  |  |  |  |

Les représentants légaux, et/ou le père, et ou la mère autorisent tout membre de l’équipe éducative à administrer à son enfant les médicaments prescrits selon l'ordonnance et le protocole d’urgence ci-joints.

 Fait à …………………. Le ………………………

*(signatures)*

 Le père, la mère ou le représentant légal

##### NOM : Année scolaire 20 …./ 20….

##### Prénom :

## Etablissement :

**Projet d’accueil individualisé**

**Protocole d’urgence et besoins spécifiques de l’élève**

Mis en œuvre **au quotidien dans l’école / l’établissement**

pour répondre aux besoins spécifiques de l’enfant **de manière régulière**

##### PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES

**[ ]  Soins à l’école :**

Jours, heures et lieux…………………………………………………………………………..

**[ ]  Rééducation sur le temps scolaire mais en dehors des locaux scolaires** :

………………………………………………………………………..

# REGIME ALIMENTAIRE selon prescription, bilan et ordonnance du médecin qui suit l’enfant

 [ ] évictions préciser : ……………………………

 [ ] panier repas fourni par la famille et identifié au nom de l’enfant,

 [ ] horaires des repas fixes, à préciser :

 [ ] possibilité de se réhydrater en classe

 [ ] collations supplémentaires fournies par la famille

 [ ] autres préconisations

# AMENAGEMENTS SCOLAIRES EVENTUELS

**[ ]  Environnement :**

 [ ]  Possibilité de sortir de la classe pour aller aux toilettes,

 [ ]  Double jeu de livres

 [ ]  Accès à l’ascenseur

 [ ]  Mobilier particulier

 [ ]  Autres

**[ ] EPS** (détailler)

**[ ]  Sorties scolaires ou classes transplantées**

 [ ]  Veiller à ce que l'enfant ait toujours sa trousse à disposition

**PROTOCOLE D’URGENCE**

**(A remplir par le médecin qui suit l’enfant)**

***Mettre un exemplaire dans la trousse d’urgence***

##### NOM :

##### Prénom :

Date de naissance :

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNES D’APPEL**Symptômes visibles pouvant être associés ou non | **CONDUITE A TENIR** |
|  |  |
|  |  |
| **En cas de signes de gravité** | **FAIRE LE 15** |

##### Contenu de la trousse d’urgence à fournir par les parents à l’école:

##### Informations à fournir au médecin des urgences (informations confidentielles à transmettre sous pli cacheté) :

Date : Cachet et signature du médecin qui suit l’enfant