

Centre médico-scolaire

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

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

**Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé  
 sur le temps scolaire et périscolaire** (restauration, accueil pré et post scolaire)

(Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)

Les pathologies concernées peuvent être organiques, psychologiques ou neuropsychologiques (troubles des apprentissages)

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.

<b>ELEVE</b>
NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : ..... Adresse : ..... .....

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Mail
<b>PERE :</b> Nom : ..... Adresse : .....				
<b>MERE :</b> Nom : ..... Adresse : .....				
<b>RESPONSABLE LEGAL</b> Nom : ..... Adresse : .....				


ETABLISSEMENT SCOLAIRE				Chef d'établissement	
Année scolaire	Classe	Régime scolaire			
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	
		Externe <input type="checkbox"/>	½ pens <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	

PPS : oui  non

**Lieu où les médicaments sont accessibles :**

REFERENTS A CONTACTER	Nom	Téléphone	Mail
S.A.M.U		15	
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Service(s) hospitalier(s)			
Médecin E.N.			
Infirmière E.N.			
Responsable restauration scolaire			
Responsable service périscolaire			
Autres, préciser :			

## MODALITES D'ACCUEIL

- Protocole d'urgence  
 Aménagements pédagogiques  
 Aménagements spécifiques 
 Régime alimentaire  
 Aménagements scolaires  
 Prises en charge complémentaires

## TYPE DE SCOLARISATION

- Temps plein  
 Temps partiel

## AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné

(e).....

représentant légal de (nom de l'enfant) .....

autorise un membre de l'équipe éducative

à administrer à mon enfant les médicaments prescrits

par le docteur .....

à mettre en place les aménagements demandés

selon le protocole prévu dans le projet d'accueil individualisé

Fait à .....

Le .....

(signatures)

Le père, la mère ou représentant légal

## SIGNATURES

Signataires	Dates du premier PAI et des renouvellements				
<b>Représentants légaux</b>					
Père		<b>Voir les avenants</b>			
Mère					
Autres					
<b>Etablissement Ecole</b>					
Chef d'établissement Directeur d'école					
Professeur principal Enseignant de la classe					
Infirmière					
Professeur d'E.P.S.					
Autres					
<b>Partenaires</b>					
Médecin traitant					
Spécialiste					
Intervenants extérieurs					
Maire ou Responsable de la restauration					
Maire ou Responsable du service périscolaire					
Autres					
<b>Médecin de l'EN</b>					

NOM :  
 Prénom :  
 Date de naissance  
 Etablissement

Année scolaire 20 ... / 20  
 Renouvelé les

**DESCRIPTIF DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
 Mis en œuvre au quotidien dans l'école / l'établissement  
 pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant de manière régulière

### TRAITEMENT MEDICAL

Les parents s'engagent à préciser les modifications du traitement s'il y a lieu en cours d'année

**En cas de manifestations aiguës ou d'urgence** : voir le protocole spécifique ci-joint et la liste des médicaments à fournir par la famille dès maintenant.

**Traitement médical régulier sur le temps scolaire** :  
 Médicaments : nom(s), dose(s), mode(s) de prise et horaire(s) :

Lieu de stockage : .....

**Traitement médical régulier sur le temps périscolaire** :  
 Médicaments : nom(s), dose(s), mode(s) de prise et horaire(s) :

Lieu de stockage : .....

**Traitement médical quotidien pour les classes découvertes** :  
 Médicaments : nom(s), dose(s), mode(s) de prise et horaire(s) :

### PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES

**Soins à l'école** :  
 Kinésithérapeute , Infirmier(e) , Autre   
 Jours et heures.....

**Rééducation sur le temps scolaire mais en dehors des locaux scolaires** :  
 Kinésithérapeute , Infirmier(e) , Orthophonie , Autre ,  
 Jours et heures.....

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

**Restauration scolaire** :  
 panier repas fourni par la famille et identifié au nom de l'enfant,  
 autres, préciser  
 Horaires des repas fixes, à préciser

**Goûter**  
 fourni par le périscolaire,  
 fourni par la famille

- Autres**
- la famille)  Suppléments caloriques à prendre sur le temps scolaire ou périscolaire (fournis par la famille)
- Collations supplémentaires (fournies par la famille) – horaires à préciser :
- Carte de priorité de cantine,
- Nécessité de se réhydrater en classe,

## AMENAGEMENTS SCOLAIRES EVENTUELS

### Environnement

- Possibilité de sortir de la classe pour aller aux toilettes,
- Double jeu de livres
- Accès à l'ascenseur
- Accessibilité des locaux,
- Mobilier particulier
- Hygiène des locaux
- Période de canicule
- Autres

### Activités en classe / Aménagements pédagogiques spécifiques :

### Activités artistiques, arts attention à l'utilisation de certains matériaux

### EPS

### Sorties scolaires

- Une journée :
- Classes transplantées :

### Accompagnement scolaire

- Par l'établissement
- Assistance pédagogique à domicile
- CNED

### Transports

**PROTOCOLE D'URGENCE**  
(A remplir par le médecin traitant)  
*Un exemplaire dans la trousse d'urgence*

**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance :

**Etablissement scolaire :**

Année scolaire :

<b>SIGNES D'APPEL</b> Symptômes visibles pouvant être associés ou non	<b>CONDUITE A TENIR</b>

**Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école:**

**Informations à fournir au médecin de garde :**

Date, cachet et signature du médecin traitant

Protocole vu et signé par le médecin de l'éducation nationale le :

Prolongé le..... pour l'année scolaire .....

Prolongé le..... pour l'année scolaire .....

