

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :

**POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS
DE TROUBLES DE LA SANTÉ :**

(circulaire n°2003-135 du 08/09/03)

Année scolaire : 2015 /2016

ELEVE CONCERNE :

Photo :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

Classe :

Adresse :

Restauration scolaire : oui non

Téléphone :

Accueil péri-scolaire : oui non

Classe transplantée : prévoir une réunion de synthèse et un document annexe si nécessaire

REFERENTS A CONTACTER :

Indiquer un numéro de téléphone joignable pendant le temps scolaire et péri-scolaire.

Nom de la mère :

Nom du père :

Autre nom :

Tél domicile :

Tél domicile :

Qualité

Tél domicile

Tél travail :

Tél travail :

Tél travail :

Mobile :

Mobile :

Mobile :

Médecins référents :

Nom :

Tél :

Nom :

Tél :

Service spécialisé hospitalier :

Nom du médecin :

Tél :

SAMU : Tél 15 (depuis poste fixe ou certains mobiles)

Ou 112 (depuis fixe ou mobile)

si appel au 15, transmettre le PAI aux services de secours

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

PRISE DE MEDICAMENTS : (hors urgence, en application de l'ordonnance du médecin jointe)
Nom du médicament, Posologie, Voie administration, Lieu de rangement ...
Personne responsable :

AUTRES SOINS :
Nature des soins, Fréquence et horaire , Lieu d'intervention
Personne responsable :

REGIME ALIMENTAIRE : (ordonnance jointe)

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR :

DANS LE CADRE DE L'Education Physique et Sportive :(surveillance, conditions atmosphériques, déplacement, inaptitude, prescriptions....)

POUR LES SORTIES D'UNE JOURNEE :

POUR LES TEMPS DE REPAS :

AUTRES : **EN RECREATION :**

SIESTE :

ACTIVITES D'EVEIL :

HORAIRES ADAPTES

DOUBLE JEU DE LIVRES

LIEU DE REPOS:

PAS D'ATTENTE AU RESTAURANT SCOLAIRE

AUTORISATION DE SORTIE DES QUE L'ELEVE EN RESSENT LE BESOIN

ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE

PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE :

(à remplir lisiblement par le médecin traitant en conformité avec l'ordonnance à joindre)

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR Médicaments-posologie-mode d'administration

L'élève peut posséder en permanence sa trousse d'urgence sur lui sous la responsabilité des parents et avec l'avis du médecin traitant : **oui** **non**

DATE NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT :

Lieux de stockage des médicaments permanents et accessibles à tous.

RANGEMENT FIXE : Trousse personnelle au nom de l'élève
Contenu :

Lieu de rangement :

Frigidaire : oui non

RANGEMENT MOBILE : Trousse personnelle au nom de l'élève
Contenu :

Sac isotherme : oui non

Les parents veilleront à renouveler les médicaments périmés ou utilisés.

SAMU Poste fixe ou mobile: 15 ou 112

Feuillet à photocopier et à remettre par la direction en accord avec le médecin de l'éducation nationale et la famille, à toute personne susceptible d'être confrontée à l'urgence. Ce protocole sera photocopié et joint à chaque trousse de médicaments de l'enfant.

SIGNATAIRES DU PAI :

DATE :

• **AUTORISATION DES PARENTS :**

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant
demeurant

demande la mise en place d'un PAI et autorise mon enfant à prendre le traitement prescrit dans le PAI sous l'autorité de.....
ou de tout autre adulte informé et volontaire, conformément à l'ordonnance jointe au PAI,
sur le temps scolaire ○ **sur le temps périscolaire**○

DATE, NOM ET SIGNATURE :

• **DIRECTEUR OU CHEF D'ETABLISSEMENT :**

• **ENSEIGNANT PRINCIPAL :**

• **MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE :**

• **MEDECIN DE PMI :**

• **INFIRMIERE :**

• **Si nécessaire autres partenaires :**

PAI mis en place pour une durée de..... :

Date de renouvellement :

Points importants à ne pas oublier :

- **LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE**
- **INFORMATION SYSTEMATIQUE DE TOUT PERSONNEL REMPLACANT PAR LE DIRECTEUR OU LE CHEF D'ETABLISSEMENT**
- **EN CAS D'APPEL DU SAMU TOUJOURS INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT**
- **INFORMATIONS A FOURNIR AU MEDECIN D'URGENCE : (éventuellement certificat médical cacheté joint rédigé par le médecin traitant)**