

Projet d'accueil individualisé (A)

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 :

Responsables légaux ou élève majeur :

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> 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 ^{ère} 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 :
Chef d'établissement				
Directeur d'école				
Directeur d'établissement				
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

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 : Tapez du texte				

PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS
PARTIE MEDECIN DE L'EDUCATION 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
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)

Préciser : cf 3a "Activité physique"

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, etc.)
- Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et intercours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser : cf 3b "Traitement de fond et facteurs déclenchant"

IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.

Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précisée avec les médicaments avant le départ :

V. Restauration

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective <input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO) <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution <input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la Famille <input type="checkbox"/> Boissons <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires <input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
--	--

Préciser :

VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) : oui non

Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

Surveillances particulières : oui non

- Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement oui non

- Préciser :

Protocole joint oui non

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin : oui non

- Préciser : Tapez du texte

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf partie 3)

Autres soins : cf 3b "Traitement de fond et facteurs déclenchant", 3c "Protocole d'urgence"

Trousse d'urgence :

- Existence d'une trousse d'urgence : oui non.

- Contenu de la trousse d'urgence :

PAI obligatoirement 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

Préciser : cf 3d "Trousse d'urgence"

VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées autype d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :	

PARTIE 3 - CONDUITE A TENIR POUR PREVENIR ET TRAITER L'URGENCE

A. ACTIVITE PHYSIQUE

Qu'il s'agisse d'un loisir ou d'un sport de compétition, l'activité physique pratiquée dans de bonnes conditions est possible. Certaines précautions sont à prendre malgré tout.

- Faire bouffées du traitement 10 à 15 min avant l'effort, dispositif avec l'enfant avec adulte responsable
- S'échauffer progressivement
- Penser à bien s'hydrater
- Arrêter progressivement l'effort

B. TRAITEMENT DE FOND ET FACTEURS DECLENCHANT

Traitement Posologie : Heure de prise : Modalité :
 Traitement Posologie : Heure de prise : Modalité :

Allergies connues

Respiratoires (acariens, animaux...)
 Autres facteurs :
 Alimentaires (lesquels ...) :

FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

Climat (froid et humide) Acariens Infection Autres facteurs:.....

C. PROTOCOLE D'URGENCE

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
SIGNES EVOCATEURS DE CRISE : <ul style="list-style-type: none"> - Toux fréquente répétée incessante - Respiration sifflante - Essoufflement avec gène respiratoire - L'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement - Sensation d'oppression - Toux à l'effort (jeux, sports, excitation) ou toux apparaissant après l'effort. - Modification du comportement - Pâleur - Autres signes (à remplir avec les parents) : 	<p>1. NOTER LA DATE, L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE</p> <p>2. ASSEOIR L'ENFANT AU CALME ET RECUPERER LA TROSSE D'URGENCE</p> <p>3. ADMINISTRER LE TRAITEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Agiter le spray bleu de bronchodilatateur b) Enlever le bouchon c) Adapter le spray à la chambre d'inhalation d) Procéder ensuite selon l'âge de l'enfant <p>Pour les enfants en crèche ou en maternelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garder le masque et positionnez-le de façon à bien couvrir le nez et la bouche en vérifiant qu'il n'y ait pas de fuite. <p>Pour les enfants en élémentaire / collège / lycée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placer l'embout dans la bouche en vérifiant que les lèvres soient bien refermées autour de l'embout. - Si difficultés à garder l'embout en bouche, ne pas hésiter à mettre le masque par sécurité <p>e) L'enfant doit inhale au total 5 bouffées de spray</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclencher 1 bouffée du spray et faire 5 grandes respirations calmes pour chaque bouffée de bronchodilatateur - Répéter la même manœuvre 4 fois « soit 5 bouffées au total » <p>f) SI LES SIGNES PERSISTENT AU BOUT DE 10 MIN, RENOUVELER ENCORE 5 BOUFFEES DE SPRAY / AVERTIR LES PARENTS ET APPELER LE SAMU</p>
SI LES SIGNES SONT GRAVES D'EMBLEEE <ul style="list-style-type: none"> • Gène respiratoire importante <ul style="list-style-type: none"> - avec difficultés pour parler - avec impossibilité de poursuivre toute activité - avec angoisse intense ou panique • Lèvres ou extrémités bleues 	<p>1 – DECLENCHEUR une pulvérisation de spray bleu dans la chambre d'inhalation.</p> <p>Fait respirer l'enfant calmement 10 fois.</p> <p>Refaire les mêmes gestes 10 fois au total.</p> <p>2 - APPELER le SAMU en urgence (faire le 15)</p> <p>3 - PREVENIR les parents ou responsable légal</p>

D. TROUSSE D'URGENCE NOMITATIVE
contenant médicaments fournis par les parents, accessible à tout moment
JOINDRE L'ORDONNANCE

Emplacement de la trousse (dans un endroit frais et sec et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :

.....

ENFANT : Nom : Prénom(s) :

- **Contenu obligatoire de la trousse (vérifier la date de péremption)**

BRONCHODILATATEUR

Nom du médicament : Dates de péremption :/...../...../...../.....

- Chambre inhalation

- Masque

- Autres médicaments : Dates de péremption :/...../...../...../.....

- **Vérification du contenu faite le :/...../..... Par : Signature :**

COMMENT NETTOYER LA CHAMBRE D'INHALATION

1. Après chaque utilisation, nettoyer la chambre d'inhalation ainsi que le masque.
2. Laver les différentes parties dans de l'eau tiède avec un peu de liquide vaisselle. Rincer à l'eau tiède.
3. Laisser sécher sans essuyer.
4. Une fois la chambre d'inhalation sèche, la remonter et la ranger dans sa trousse.

