

## Projet d'accueil individualisé (E)

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 checked="" type="checkbox"/> Travail | <input checked="" 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 <sup>ère</sup> demande |  | Modifications éventuelles |  |  |  |  |
|------------------------------|--|---------------------------|--|--|--|--|
| Date                         |  |                           |  |  |  |  |
| Classe                       |  |                           |  |  |  |  |

| <b>Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille :<br/>fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin</b> |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 : |
|---|-----|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Chef d'établissement</b>   |     |                        |                   |                      |
| <b>Directeur d'école</b>  |     |                        |                   |                      |
| <b>Directeur d'établissement</b>  |     |                        |                   |                      |
| <b>Enseignant de la classe<br/>Professeur principal<br/>Encadrant de la structure</b> |     |                        |                   |                      |
| <b>Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>                   |     |                        |                   |                      |
| <b>Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>                 |     |                        |                   |                      |

**Partenaires :**

| Référents   | Nom | Adresse administrative | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
|---|-----|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Médecins traitants, services hospitaliers</b>  |     |                        |                   |                      |
| <b>Représentant du service de restauration</b>    |     |                        |                   |                      |
| <b>Responsable des autres temps périscolaires</b> |     |                        |                   |                      |
| <b>Autres : Tapez du texte</b>                    |     |                        |                   |                      |

**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 "Facteurs déclenchant la crise"

**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<br><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration</li> <li><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution<br><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<br><input type="checkbox"/> Boissons<br><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires<br><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier<br><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 "Protocole d'urgence", 3c "Choix du traitement"

## 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<br>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 au type d'activités, etc.)  |  |
| <input type="checkbox"/> APADHE<br><input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée<br><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

Pas de contre indication à la pratique d'une activité physique.

- Précautions :
- Pour les activités aquatiques, prévenir le maître-nageur et/ou les personnes qui surveillent.
  - Pour l'escalade, l'enfant peut grimper mais ne peut pas assurer.

Restrictions éventuelles : .....

#### B. FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

|        |                          |                         |
|--------|--------------------------|-------------------------|
| Fièvre | Fatigue/Dette de sommeil | Autres facteurs : ..... |
|--------|--------------------------|-------------------------|

#### C. PROTOCOLE D'URGENCE

| SIGNES D'APPEL                                  | CONDUITE A TENIR  |
|---|---|
| <b>EN CAS DE RUPTURE DE CONTACT</b>             | <p><b>NE RIEN FAIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repas au calme si nécessaire</li> <li>• Le signaler aux parents.</li> </ul>  |
| <b>EN CAS DE CONVULSIONS</b>                    | <p><b>RESTER CALME ET FAIRE EVACUER LES AUTRES ELEVES</b></p> <p><b>Noter l'heure de début et fin de crise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allonger l'enfant, enlever tables et chaises sur lesquelles il pourrait se blesser.</li> <li>• Ne pas essayer de contenir l'enfant, le laisser libre de ses mouvements.</li> <li>• Ne <u>RIEN</u> mettre dans la bouche de l'enfant. <u>IL NE VA PAS AVALER SA LANGUE.</u></li> <li>• Dès que possible, tourner l'enfant sur le côté, en position latérale de sécurité.</li> <li>• Attendre que l'enfant récupère.</li> <li>• S'il a perdu ses urines, le couvrir afin d'éviter toute gêne au réveil.</li> <li>• Laisser la crise suivre son cours.</li> <li>• Ne pas laisser l'enfant seul, lui parler pour le rassurer.</li> <li>• Après la crise, l'enfant reste confus et désorienté pendant quelques minutes.</li> <li>• Avertir les parents.</li> </ul> |
| <b>EN CAS DE CRISE PROLONGEE &gt; 5 MINUTES</b> | <p><b>APPELER LE SAMU (15) EN URGENCE, DÉCRIRE LES SIGNES D'APPEL ET ADMINISTRER LE TRAITEMENT PRSCRIT CI DESSOUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avertir les parents</li> </ul>   |



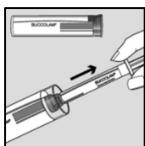
#### D. CHOIX DU TRAITEMENT

**Pas de traitement spécifique (laisser la crise suivre son cours sans administrer de traitement, rassurer l'enfant)**

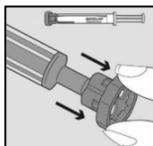
**Traitement par MIDAZOLAM - seringue prête à l'emploi, sans aiguille**

**Nom du médicament : ..... Dose prescrite : ..... Date de péremption : .....**

Prêt à mettre dans la bouche entre la gencive et la joue pour absorption par la muqueuse.



Oter le bouchon du tube de protection et récupérer la seringue pré-remplie.



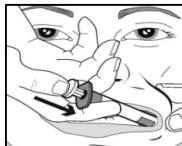
Retirer le capuchon rouge à l'extrémité de la seringue.



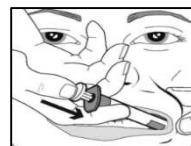
Protéger la tête de l'enfant en la posant sur un objet souple.



Si la crise s'est arrêtée, ne pas injecter le midazolam



Pincer la joue et la tirer doucement. Introduire la seringue entre la joue et la gencive.



Appuyer lentement sur le piston de la seringue pour délivrer tout le contenu.



Installer l'enfant en position confortable.  
Le rassurer pendant son temps de repos.

**Autre traitement : ..... Dose prescrite : ..... Date de péremption : .....**

**En cas d'hospitalisation de l'enfant, informer l'infirmière et/ou le médecin de l'E.N**

#### E. 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

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

- Boîte de Midazolam (1 seringue pré-remplie sans aiguille)

Dates de péremption : ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

- Autre traitement :

Dates de péremption : ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

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

Par :

Signature :