

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place lorsque la scolarité d'un élève, notamment en raison d'un trouble de santé invalidant (pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies), nécessite un aménagement (suivi d'un traitement médical ou protocole en cas d'urgence). Hormis les aménagements prévus dans le cadre du PAI, la scolarité de l'élève se déroule dans les conditions ordinaires. Un PAI est élaboré à la demande de la famille.

**SI VOTRE ENFANT PRESENTE UNE MALADIE CHRONIQUE, VEUILLEZ IMPRIMER LE DOCUMENT « PAI » ET SUIVRE LES CONSIGNES CI-DESSOUS**

### 1) COURRIER DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE

- Ecrire le nom de votre enfant sous « parents de l'enfant » - page 1 -,
- Cocher la case « oui » - page 1 -.

### 2) DOCUMENT PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE 2017 / 2018

- Remplir la rubrique «renseignements concernant l'enfant» - page 2 -,
- Signer sous la mention «parents, tuteur légal» - page 3 -,
- Accompagner votre enfant chez votre médecin traitant afin que ce dernier remplisse la partie médicale. S'il y a prescription d'un traitement, le PAI doit impérativement être accompagné de l'ordonnance ainsi que des médicaments (**veuillez vérifier la date de péremption qui doit, au minimum, expirer en juillet 2018**).

3) Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2017, l'élève doit retourner le tout à l'infirmière du lycée Sarda Garriga.

2012-2013

Affaire suivie par  
Dr William SPINEL

Téléphone  
02 62 58 12 12  
Fax  
02 62 58 59 73

BP 56  
97 440 SAINT-ANDRE

Site internet  
ce.9741158R@ac-reunion.fr

Le Médecin de l'Éducation nationale

à

Madame, Monsieur,  
Parents de l'enfant :

**Objet : PAI**

Madame, Monsieur,

Lors de l'inscription il a été fait mention que votre enfant était susceptible de présenter une pathologie pouvant nécessiter certaines précautions voire un traitement ou des soins dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

Or, l'admission dans ces établissements d'adolescents atteints d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période s'effectue selon certaines règles précisées par la circulaire N° 2003-135 du 8 Septembre 2003 et nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)**.

Le médecin de l'Éducation nationale est réglementairement chargé de la mise en œuvre du Projet d'Accueil Individualisé d'après les informations fournies par le médecin traitant de votre enfant, en étroite concertation avec vous, l'infirmière d'établissement et l'ensemble des personnels concernés.

Toutefois, ce Projet d'Accueil Individualisé ne sera mis en place qu'à votre demande expresse et que si le médecin qui suit votre enfant le juge nécessaire.

Je vous invite donc à vous rapprocher de ce praticien pour discuter avec lui de l'opportunité d'un P.A.I. et de me manifester votre volonté en me faisant retour du présent document, signé de votre main, après avoir coché la case de votre choix :

- NON**, je ne désire pas que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.
- OUI**, je désire que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.

Dans ce dernier cas votre enfant devra remettre à l'infirmier l'imprimé de P.A.I. ci-joint rempli par son médecin traitant accompagné des médicaments qu'il vous appartient de fournir (et dont il est de votre responsabilité de vérifier la date de péremption) et fera l'objet d'une consultation médicale effectuée par mes soins.

Pour tout renseignement, l'infirmier(e) d'établissement est à votre disposition.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Dr William SPINEL  
Médecin de l'Éducation nationale

Page 1 sur 3

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**SERVICE MEDICAL DE SANTE SCOLAIRE**

**Centre Médico-Scolaire**

70, centre commercial

97 440 Saint-André

☎ 0262 58 12 12

**Année Scolaire 2017 / 2018**

**Etablissement scolaire : « LEGT SARDA GARRIGA**

»

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom des parents ou du représentant légal : .....

Date de naissance : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Classe : ..... Type de scolarisation :  Temps plein  Temps partiel  Temps partiel + CNED

**COORDONNEES DES PARTIES PRENANTES**

- Chef d'Etablissement :  
Nom : Mr MARCINIAK..... Tél : 0262 58 58 81
- Médecin de l'Education Nationale :  
Nom : **Dr William SPINEL** ..... Tél : 0262 58 12 12
- Infirmière de l'Education Nationale :  
Nom : Laurence d'HERVE..... Tél : 0262 58 58 85
- Médecin traitant :  
Nom : ..... Tél : .....
- Service spécialisé :  
Nom : ..... Tél : .....
- Représentant d'association :  
Nom : ..... Tél : .....
- Autre :  
Nom : ..... Tél : .....

**BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accessibilité des locaux scolaires : rez-de-chaussée ou ascenseur      | <input type="checkbox"/> Horaires adaptés                                  |
| <input type="checkbox"/> Aménagement spécifique au sein de la classe (place, mobiliers adaptés) | <input type="checkbox"/> Double jeu de livres                              |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'une tierce personne (rôle - durée à préciser)             | <input type="checkbox"/> Lieu de repos                                     |
| <input type="checkbox"/> Transport  | <input type="checkbox"/> Restauration : régime alimentaire ou panier repas |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin  | <input type="checkbox"/> Sanitaires  |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile      | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) .....                         |

Indication des temps d'accueil scolaire, de soins, de déjeuners à la cantine et des éventuelles activités péri-scolaires					
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

## AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

### Locaux pour soins particuliers :

- local discret pour la kinésithérapie ou les soins     local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)

1- **Traitement médical** (Prise de médicament par voie orale, inhalée et auto injectable en application de l'ordonnance précisant la marche à suivre et sur demande écrite des parents) :

2- **Soins particuliers** ( éventuellement assurés par le Service Promotion de la Santé en accord avec le médecin traitant) :

3- **Régime alimentaire ou panier repas**

4- **Protocole d'intervention en cas d'urgence** signé par le médecin traitant et adressé au médecin de l'Education Nationale précisant :

Les signes d'appel	Les mesures à prendre	Les informations à fournir au médecin d'urgence

NB : les ordonnances et les médicaments spécifiques (qui doivent être accessibles à tous moments) seront remis au chef d'établissement ou à l'infirmière

### AUTRES AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR

1- Enseignement de l'éducation physique et sportive :

2- Transports scolaires :

3- Classes transplantées :

4- Déplacements scolaires en dehors de l'école :

### Signatures des parties prenantes

SAINT-ANDRE, le

Parents  
Tuteur légal

Médecin traitant  
Médecin spécialiste

Médecin de l'Education  
Nationale

Infirmière de  
l'Education Nationale

Chef d'établissement

Professeur Principal

Autre signataire