

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Article D. 351-9 du Code de l'éducation – Circulaire

Le P.A.I 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.

CENTRE MÉDICO-SCOLAIRE RÉFÉRENT :

Place Georges Le Cornec 35 580 GUICHEN ☎ 02 23 50 05 30

[cms35.guichen@ac-rennes.fr](mailto:cms35.guichen@ac-rennes.fr)

**ÉLÈVE**

PHOTO

NOM/Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE:

ÉTABLISSEMENT :

COMMUNE : 35 ☎

## Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	NOM et Prénom Adresse si différente	☎	@	Signature
		☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :		
		☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :		

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 :						

## Vérification annuelle des éléments du P.A.I. 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 P.A.I. 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.

Nom et prénom de l'élève :

<b>Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire</b>				
Référents	NOM/Prénom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<input type="checkbox"/> Chef d'établissement				
<input type="checkbox"/> Directeur d'école				
<input type="checkbox"/> Directeur d'établissement				
<input type="checkbox"/> Enseignant de la classe <input type="checkbox"/> Professeur principal <input type="checkbox"/> Encadrant de la structure				
<input type="checkbox"/> Médecin éducation nationale <input type="checkbox"/> Médecin PMI <input type="checkbox"/> Médecin collectivité d'accueil				
<input type="checkbox"/> Infirmier éducation nationale <input type="checkbox"/> Infirmier PMI <input type="checkbox"/> Infirmier collectivité d'accueil				

<b>Partenaires</b>				
Référents	NOM/Prénom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<input type="checkbox"/> Médecins traitants <input type="checkbox"/> Médecins services hospitaliers				
<input type="checkbox"/> Représentant du service de restauration				
<input type="checkbox"/> Responsable des autres temps périscolaires				
<input type="checkbox"/> Autres : Précisez (fonction)				

Nom et prénom de l'élève :

## 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.)

Précisez :

*Joindre le certificat d'inaptitude EPS*

#### III. Aménagements 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 interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Précisez :

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

*Le P.A.I 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, séjour, etc.)

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

#### V. Restauration

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille
<input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même ( <i>affichage INCO</i> )	<input type="checkbox"/> Boissons
<input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution	<input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires
<input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille ( <i>gestion selon réglementation en vigueur</i> )	<input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier
	<input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Précisez :

Nom et prénom de l'élève :

### I. 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 de 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

- Précisez

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

### 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

Précisez :

### II. 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"/> Transmissions des cours et des devoirs (reproductions 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 responsable légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type 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 :	