

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003



ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIR	E:
NOM - PRÉNOM :	DATE DE NA	ISSANCE:
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE :		
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :		
NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLIS	CCENACNT ·	
NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUI		
	PARTIES PRENANTES	
Coordonnées des responsables léga		
NOM PRÉNOM ☐ Parent :	ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉLÈVE)	TELEPHONE
		PORT.
		TRAVAIL
☐ Parent :		8
		PORT.
☐ Autre responsable légal :		TRAVAIL
Autre responsable legal .		☎ PORT.
		TRAVAIL
► Directeur d'école ou chef d'établisse	ment :	
▶ Personnes ayant la charge de l'élève		
	,	
Médecin scolaire :	Médecin PMI :	
Infirmière scolaire :	Infirmière PMI :	
Médecin traitant		2
Médecin spécialiste ou service spéci	alisé	S
▶ Représentant de la collectivité territo	riale:	
RÉFÉRENT	IS À CONTACTER EN CAS D'URG	GENCE
☐ Parents ou responsables légaux		
□ SAMU 15 / 112		
☐ Médecin ou service hospitalier :		
☐ Autre :		

ÉLÈVE	Bb.	Mam	- Pránom

PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

Protocole d'intervention en cas d'urgence rédigé et signé par le médecin traitant ou spécialiste précisant : les signes d'appel de la crise et les mesures à prendre les signes de gravité nécessitant l'appel d'urgence au SAMU 15 les informations à fournir au médecin du SAMU 15 Signaler au SAMU 15 le traitement disponible à l'école dans le cadre du PAI. S'il s'agit d'un produit injectable, suivre les directives du SAMU 15.

MEDICAMENTS A ADMINISTRI	ER PAR LES PERSONNE	LS DE L'ETABLISSEMENT	SCOLAIRE
NOM DU MEDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	LIEU DE RANGEMENT
1.			
2.			
3.			
4.			

APPEL SAMU 15

Ne vous affolez pas.

Appelez ou faites appeler le 15.

Demandez le médecin régulateur et signalez la raison du PAI.

Donnez des réponses brèves et précises aux questions posées.

Ne raccrochez pas avant que le médecin régulateur ne vous le dise.

PAI – Annexe 1

ÉLÈVE ▶ Nom - Prénom :	

Date: SIGNA	ATAIRES (nom – signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établi (nom et signature obligatoire)	ssement
Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- ▶ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
- ▶ Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- ▶ Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

	nnée scolaire :	Reconduit le :	
AIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établisse (nom et signature obligatoire)	ement
SIGNAT	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

	nnée scolaire :	Reconduit le :	and the second
S	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établisse (nom et signature obligatoire)	ement
SIGNATAIRE	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

'AIRES	nnée scolaire : Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Reconduit le : Directeur d'école ou chef d'établisse (nom et signature obligatoire)	ement
SIGNA	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

PAI – Annexe 1 4/4

ÉLÈVE	ba	Nom	- Drán	om.

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

•	Type de la prise en charge (médicale – pédagogique) - Coordonnées des personnes ou organismes concernés (kiné infirmière – service de soins) - Fréquence et horaires des interventions - Lieu d'intervention (intra ou extra-scolaire)
>	Rythme scolaire adapté (horaires-repos) - Accessibilité des locaux scolaires - restauration - sanitaires - Mobilier adapté (sièges, tables, éclairage) - Temps pour prise de médicaments ou autres soins
>	Soutien si scolarisation à temps partiel
•••	
•••	
•••	
•••	
•••	
•••	
•••	
	AMÉNAGEMENTS À METTRE EN OEUVRE
	Prise médicamenteuse – orale / inhalée :
•••	
	Aménagements pédagogiques :
ш	Rééducation pendant le temps scolaire :
···	Restauration et collation pendant le temps scolaire :
	Enseignement de l'éducation physique et sportive :
•••	
	Travail en atelier :
	Transports scolaires :
	l Transports scolaires :
	Transports scolaires :

PAI – Annexe 1