



DIRECTION DE LA SANTÉ

Année scolaire 2018/2019**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**

**Des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
Premier degré**

L'élève : *Nom et prénom*

Né(e) le DN

Etablissement : Classe :

Parents ou les responsables légaux : *Nom et prénom*

Père : Mère :

Adresse :

Coordonnées:



:



:

Coordonnées des partenaires autour de l'enfant

Directeur de l'établissement :

Médecins de l'enfant :

| | Nom - Prénom | Téléphone |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Autres intervenants extérieurs :

| | Nom - Prénom | Téléphone |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Descriptif du projet d'accueil individualisé

| | Besoins spécifiques | Aménagement à mettre en œuvre |
|--|---|--|
| Soins particuliers sur temps scolaire et/ou Intervenants extérieurs | | |
| Prise médicamenteuse | | |
| Local et/ ou Réserve de matériel | | |
| Soins ou rééducation pendant le temps scolaires <i>fréquence et horaire</i> <i>Lieu d'intervention</i> | <input type="checkbox"/> A l'école | <input type="checkbox"/> extrascolaire |
| Restauration scolaire ¹ et collation sur le temps scolaire | | |
| | | |
| Aménagement des locaux et/ ou du matériel : | | |
| Enseignement de l'éducation physique et sportive | | |
| Déplacements à l'intérieur de l'établissement et récréation | | |
| Rythme scolaire adapté (horaires-repos...) | | |
| Activités d'arts plastiques | | |
| Adaptations pédagogiques | PAP proposé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Transports scolaires | | |
| Activités extra scolaires classes transplantées ou sorties | <i>- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer</i> <i>- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document</i> <i>- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger</i> | |

¹ **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**

Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI si l'élève nécessite des aménagements particuliers.

Protocole d'urgence

Un affichage du protocole d'urgence doit être mis en place et connu de toutes les personnes de l'établissement concernées par le PAI.
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

1 Noter l'heure d'apparition des signes cliniques d'appel

| En cas de : | Conduite à tenir ² |
|-------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |

2 Appeler ou faire appeler le SAMU 15 en cas de persistance ou d'aggravation des signes dans les mn après la prise du traitement de première intention ou en cas de présence des signes suivants :

Ne vous affolez pas.

Demandez le médecin régulateur

| En cas de : | Conduite à tenir |
|-------------|------------------|
| | |
| | |
| | |

Information à fournir au médecin³ du SAMU (15)

- Informer de l'existence et la raison du PAI.

Donnez des réponses brèves et précises aux questions posées.

- Signaler ce qui a été fait, c'est-à-dire l'heure d'apparition des signes cliniques et les médicaments donnés.

- Suivre les instructions.

- Rester à côté de l'élève

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





² Etabli selon l'ordonnance du médecin qui suit l'enfant

³ **Information à fournir au médecin d'urgence :**

(des éléments confidentiels peuvent être joints sous pli cacheté qui sera rendu au service médical en fin d'année scolaire)

| Nom | Prénom | Classe |
|-----|--------|--------|
|-----|--------|--------|

3 Prévenir les parents ou ses représentants légaux puis éventuellement le médecin traitant

| | |
|--|---|
| Les parents | |
|  : Mère : |  : |
| Le médecin traitant | |
|  Dr |  |
| Autres : | |

Composition et localisation de la trousse d'urgence

| Contenu de la trousse d'urgence déposée à l'école par les parents ⁴ | | |
|--|--|---|
| Médicament(s) | | Le protocole est établi selon l'ordonnance du médecin qui suit l'enfant |
| Localisation de la trousse d'urgence | Salle : Armoire : espace dédié clairement identifié | |
| Poids DN de l'enfant | KG DN : | |
| Intervenant | -l'enseignant ou l'élève pour les médicaments oraux -TOUTE PERSONNE IDENTIFIEE par le SAMU dans le cadre de l'urgence | |

⁴ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 Les médicaments doivent être disponibles dans un lieu fixe connu de toutes personnes de l'établissement concernées par le PAI
 Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document. Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés
 Les parents s'engagent à informer le médecin scolaire en cas de changement de la prescription médicale

| Nom | Prénom | Classe |
|-----|--------|--------|
|-----|--------|--------|

Autorisation (destinée au Directeur de l'école)

Madame:

et /ou Monsieur:

autorisent que le directeur de l'établissement :

soit informé de la maladie de leur enfant et que soient donnés des médicaments à l'enfant dans le cadre de l'urgence selon de protocole établi .

Signature des parents :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. **Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Ne pas transmettre ce document à d'autres personnes sans demande explicite des familles.**

La famille si elle le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Signataires du Projet d'accueil individualisé :

Ce protocole est établi pour la période l'année scolaire en cours

pour une période de.....

Date de la prochaine réunion :

Ce document doit être diffusé après signature à l'ensemble des personnes impliquées⁵ par ce projet et un exemplaire devra être remis à chacun des signataires

Famille :

date : signature :

Enseignant :

date : signature :

Médecin de santé scolaire ou de protection infantile:

date : signature :

Représentant de la restauration (si nécessaire)

date : signature :

Intervenant(s) :

date : signature :

La mise en œuvre des présentes mesures est placée sous la responsabilité du Directeur d'établissement⁶ :

Directeur:

date : signature :

⁵ Une vigilance s'impose pour transmettre le PAI en cas de remplacement de l'enseignant ponctuel ou définitif .En cas de changement d'enseignant, faire suivre l'information de façon prioritaire.

⁶ Circulaire n° 3544/MEE du 31 juillet 2015 concernant la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers dans le 1er degré

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 dans le protocole n'est intervenue, et si l'enfant ne change pas d'établissement scolaire, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.

Les parents doivent renouveler les médicaments en tenant compte de leur date de péremption.

| Année scolaire : | | Reconduit le : | |
|------------------|--|---|------------------------------------|
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux <i>(nom et signature obligatoire)</i> | Directeur ou chef d'établissement | Enseignant ou professeur principal |
| | Médecin de santé scolaire/PMI | Représentant de la restauration (si nécessaire) | Autres intervenants |

| Année scolaire : | | Reconduit le : | |
|------------------|--|---|------------------------------------|
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux <i>(nom et signature obligatoire)</i> | Directeur ou chef d'établissement | Enseignant ou professeur principal |
| | Médecin de santé scolaire/PMI | Représentant de la restauration (si nécessaire) | Autres intervenants |

| Nom | Prénom | Classe |
|-----|--------|--------|
|-----|--------|--------|

Exemple d'ordonnance détaillée pour l'élaboration du protocole de soins d'urgence du
Projet d'accueil individualisé 2018-2019

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Raison médicale motivant le PAI :

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : **détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence**

A ppeler le SAMU (15) et pratiquer :

| Signe d'appel :En cas de : | Conduite à tenir |
|----------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Date :

Signature et cachet du médecin traitant