

**Nom****Prénom****Classe**

POLYNÉSIE

FRANÇAISE

**Année scolaire 20--/20--****PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ****Des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période***(À remplir par les parents ou représentants légaux)***L'élève** : Nom et prénom

Né(e) le

DN de l'enfant :

Scolarisé à (*Etablissement*) :

En classe de:

**Parents ou les responsables légaux** : (*Nom et prénom*)

Père :

Mère :

Adresse :

Coordonnées:



:



:

Photo de  
l'élève**Coordonnées des partenaires autour de l'enfant en dehors de l'école**

Fonction	Nom - Prénom	Téléphone
Médecin		

**Coordonnées des partenaires autour de l'enfant dans l'école**

Un affichage du protocole d'urgence doit être mis en place et connu de toutes les personnes de l'établissement concernées par le PAI.

Fonction	Nom - Prénom	Téléphone
Personne ressource N°1		
Personne ressource N°2		
Personne ressource N°3		

## Besoins spécifiques de l'enfant

(A remplir par le médecin)

### Soins particuliers

Possibilité de soins sur le temps scolaire

fréquence et horaire : .....

Lieu réservé au soin et nom de l'intervenant paramédical : .....

Temps et lieu de repos : .....

**Traitement médical** sur le temps scolaire selon l'ordonnance de moins d'un an :

Nom du médicament : .....

Dose : ..... horaire : ..... donné par .....

Local et/ ou Réserve de matériel : .....

### Restauration scolaire<sup>1</sup> et collation sur le temps scolaire

Boisson abondante, accès libre aux toilettes

Collation supplémentaire

Accès prioritaire à la restauration

Éviction de certains matériaux lors des activités manuelles : .....

Éviction alimentaire complète lors de la semaine du goût et lors des activités manuelles

Consommation de goûters : uniquement ceux apportés par l'élève

Restauration scolaire autorisée avec éviction simple des aliments suivants :

.....

Restauration scolaire autorisée avec paniers repas

### Aménagement des locaux et/ ou du matériel :

Mobilier, classe adaptée, sanitaires adaptés

Salle de classe en RDC ou accessibilité par ascenseur

Pas de port de charges lourdes

Aménagement des transports

Éviter les lieux empoussiérés ou humides

Renforcer le nettoyage des toilettes et des points d'eau

### Enseignement de l'éducation physique et sportive environnement et déplacement

Natation et activité nautique :  dispense  sous surveillance renforcée

Aménagement de certaines activités sportives : .....

Éviter les expositions  au froid  au chaud ou au soleil

Tenir compte de la fatigabilité

Déplacements à l'intérieur de l'établissement et récréation

<sup>1</sup> Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire : Si 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.

Nom	Prénom	Classe
<input type="checkbox"/> Déplacement extérieur, précautions à prévoir : ..... <input type="checkbox"/> Besoins spécifiques et traitement à préciser si un départ en classe transplantée est prévu		

**PROTOCOLE D'URGENCE (A remplir par le médecin)**

Raison médicale motivant le PAI :
<b>Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer de l'existence et la raison du PAI.</li> <li>- Donnez des réponses brèves et précises aux questions posées.</li> <li>- Signaler ce qui a été fait, c'est-à-dire l'heure d'apparition des signes cliniques et les médicaments donnés.</li> <li>- Suivre les instructions. Rester à côté de l'élève</li> <li>- Ne raccrochez pas avant que le médecin régulateur ne vous le dise.</li> <li>- Prévenir les parents ou ses représentants légaux</li> </ul>

Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15) et pratiquer :

En cas de :	Signe d'appel	Conduite à tenir

Poids de l'enfant : .....kg le .....

Date : signature et cachet du médecin traitant

### Composition et localisation de la trousse de médicaments

*(À remplir par le directeur ou le chef d'établissement)*

Contenu de la trousse d'urgence déposée à l'école par les parents <sup>2</sup>	
Médicament(s)	Joindre l'ordonnance de moins de un an du médecin qui a établi le protocole
Localisation de la trousse	Salle : Armoire : Réfrigérateur :

<sup>2</sup> **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
-----	--------	--------

**(A remplir par le représentant légal)**

**Autorisation (destinée au directeur, Chef d'établissement )**

Madame: .....

et /ou Monsieur: .....

autorisent que le Chef 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 dans ce document .

**Signature des parents ou des représentants légaux:**

*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.*

**Signataires du Projet d'accueil individualisé :**

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

*Ce document doit être diffusé après signature à l'ensemble des personnes impliquées <sup>3</sup> par ce projet et un exemplaire devra être remis à chacun des signataires*

**Famille :**

date : signature :

**Professeur principal ou l'enseignant de la classe :**

date : signature :

**Médecin:** (dans la mesure du possible)

date : signature :

**Infirmière de l'éducation nationale :**

date : signature :

**Autres intervenant(s) <sup>5</sup>:**

date : signature :

La mise en œuvre des présentes mesures est placée sous la responsabilité du Chef d'établissement

**Le chef d'établissement**

date : signature :

<sup>3</sup> Une vigilance s'impose pour transmettre le PAI en cas de remplacement de l'enseignant ponctuel ou définitif

## 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 fournir obligatoirement renouveler les médicaments en tenant compte de leur date de péremption.

Année scolaire :		Reconduit-le :	
SIGNATURES	Parents ou responsables légaux <i>(signature obligatoire)</i>	Directeur ou chef d'établissement	Enseignant ou professeur principal
	Médecin	Infirmière de l'établissement	Autres intervenants

Année scolaire :		Reconduit-le :	
SIGNATURES	Parents ou responsables légaux <i>(signature obligatoire)</i>	Directeur ou chef d'établissement	Enseignant ou professeur principal
	Médecin	Infirmière de l'établissement	Autres intervenants