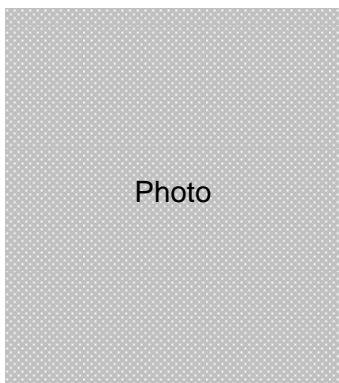


Projet d'Accueil Individualisé

circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)
circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE



Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

Année scolaire du 1^{er} PAI
PAI reconduit pour l'année scolaire

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

Je, soussigné (e), père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur :
Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, cantine, temps périscolaire.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal et date :

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Signatures du PAI et date :

Responsable établissement
ou directeur d'école

Enseignant de l'élève

Médecin EN ou de l'institution

Si nécessaire,
Mme ou M. le Maire, (ou son représentant)

Chef d'Etablissement :

Etablissement :

Adresse de l'établissement :

.....

Tél :



Mairie de :

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution, Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé pour le temps placé sous la responsabilité de l'éducation nationale

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard 	15
Sur téléphone portable 	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Le médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE EN CAS DE CRISE CONVULSIVE

A renseigner par le médecin spécialiste qui suit l'élève

Ce protocole est destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des personnels non soignants en milieu scolaire

Nom et Prénom de l'élève :

Date de naissance : classe :

Si le médecin le juge nécessaire : Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

EN CAS DE	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
AURA DE LA CRISE	Signes spécifiques existant avant la crise Non : Oui : Si oui, lesquels : • • •	Appeler le SAMU : 15 ou 112 Allonger l'élève en position latérale de sécurité
CONVULSIONS	CRISES PARTIELLES : <i>(description des signes)</i> GRANDES SECOUSSES SACCADEES : - Avec raideur brutale : - Avec perte de connaissance :	Lors d'une crise convulsive : 1. Noter l'heure de début et l'heure de fin 2. Isoler l'élève, faire prendre en charge les autres élèves par les adultes de l'établissement 3. Allonger l'élève par terre 4. Enlever dans l'environnement proche de l'élève tout objet contre lequel il peut se blesser (table, chaise,...) 5. Faciliter la respiration en desserrant ses vêtements, surtout autour du cou. Enlever les lunettes 6. Attendre la fin de la crise Dès la fin des convulsions : 1. Noter l'heure de la fin de la crise 2. Placer l'enfant en position latérale de sécurité 3. Rester auprès de l'enfant, le couvrir, le rassurer

NB : sauf cas exceptionnel, seuls les parents ou les professionnels de santé sont habilités à pratiquer des injections intra-rectales

Date :

Cachet et signature du médecin :

Pour tous les enfants concernés

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 - Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence :
 - Ecole :
 - Cantine :
 - Les trousse 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 de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale.
- **En cas de déplacement scolaire : sorties et/ou classes transplantées**
 - Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
 - Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
 - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu de déplacement à l'étranger
- **En cas de changement d'enseignant**
 - L'établissement doit faire suivre l'information de façon prioritaire.
- **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**
 - Ces temps ne relèvent pas de l'éducation nationale ; leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.

Besoins spécifiques de l'élève

Personnes présentes lors du PAI non signataires de la page de garde

NOM	FONCTION	SIGNATURE