

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003 ; B O n° 34 du 18/9/2003)PAI établi pour la période du : au : (1 an Maximum) ; Date du 1^{er} PAI**ELEVE CONCERNE**

Cachet de l'établissement

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

Je soussigné père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la prise en compte de ses problèmes de santé sur le temps scolaire et périscolaire, par la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

Je certifie qu'un suivi médical régulier est mis en place, et assuré par le Docteur..... Exerçant à

Je m'engage à informer l'institution scolaire et le médecin de l'éducation nationale en cas de changement du suivi médical, et/ou de la prescription et autorise la transmission directe d'information entre ces professionnels de santé.

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.

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

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Référents	Nom	Service	Signature et Date	Exemplaire reçu le :
Responsable :				
Enseignant :				
Médecin scolaire ou PMI				
Infirmière Scolaire ou PMI				

PARTENAIRES

Service de soin Spécialisés				
Représentant du Service de restauration				
Autre				

TOUTES INFORMATIONS NECESSAIRE A LA PRISE EN CHARGE DE L'ELEVE SERONT JOINTES AU PRESENT DOCUMENT.

Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

Il est de la responsabilité des parents de fournir les médicaments et trousse d'urgence, de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

- Les trousse doivent contenir un double de ce document
- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence.....

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

IV-3-1 : Prise En Charge Santé

La décision de révéler des **informations médicales** appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé. La famille peut adresser sous pli cacheté au médecin scolaire, les informations qu'elle souhaite transmettre confidentiellement. *Les informations partagées dans ce document doivent se limiter à ce qui est nécessaire pour assurer la meilleure prise en charge au sein de la collectivité d'accueil, permettre d'assurer le traitement et/ou le régime prescrits, et intervenir en cas d'urgence. Elles ne seront diffusées qu'aux personnels astreints au secret professionnel, et directement impliqués dans la réalisation des actions prévues.*

1) Conséquences pour la scolarité de la maladie ou affection

(décrire le retentissement des troubles sur la scolarité)

2) Situations présentant un risque particulier :

Situations	Risques	MESURES A PRENDRE

3) Soins dans la cadre de l'établissement scolaire

Soins pouvant interférer sur le temps scolaire (l'organisme concerné est signataire du PAI):

-Fréquence et horaires des interventions :

-Local pour repos, kinésithérapie, ou les autres soins :

Prises de médicaments sur temps scolaire, hors urgence(Joindre copie de l'ordonnance) :

-Autorisation de sortir de classe dès que l'élève en ressent le besoin : oui - non

4) Dispositions spécifiques à prévoir pour :

Restauration scolaire :	Goûters et Collations	activités pédagogiques
<input type="checkbox"/> Non autorisée <input type="checkbox"/> Paniers repas seuls autorisés <input type="checkbox"/> Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective <input type="checkbox"/> Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)	<input type="checkbox"/> Collations autorisées <input type="checkbox"/> Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève <input type="checkbox"/> Consommation des goûters habituels avec éviction simple <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires fournis par la famille <input type="checkbox"/> Possibilité de se réhydrater en classe	Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux : <input type="checkbox"/> Fruits à coque, arachide.. <input type="checkbox"/> Autre Végétaux : <input type="checkbox"/> Produits animaux <input type="checkbox"/> Produits de nettoyage <input type="checkbox"/> Réactifs (chimie) <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

5) Voyages et déplacements (y compris pour examens) :

- 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 du déplacement à l'étranger :

6) Dispositions pratiques d'accessibilité :

Trajet maison étab.	Locaux scolaires :	sanitaires :	de restauration :

7) Mobilier et matériel spécifique :

IV-3-2 Besoins Pédagogiques de l'élève et Aménagements :**1) Adaptations pédagogiques et évaluations** (préciser les disciplines):

ACTIVITES	DIFFICULTES	MESURES A PRENDRE

2) Horaires adaptés : renseigner les temps de présence en cours, les temps de prise en charge.
Joindre l'emploi du temps de l'élève Pour la période du _____ au _____**3) Double jeu de livres ou documents informatiques :****4) Aménagements pédagogiques à prévoir lors d'absences :**

	référénts	Dates prévisibles	Modalités
Transmission des cours, et devoirs ; autre (CNED...) :			
Evaluations et contrôles :			
APAD (aide pédagogique à domicile)			

5) Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :

Matière	Jours et Horaires d'intervention	Intervenants

6) Dispositions à prendre lors des examens et contrôles :**7)**

Orientation scolaire et professionnelle	Contre-indications	
Souhaitée	Absolues	Relatives

Motif de Passage en commission PrépAM :**Avis CIO :**