

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### Demande des représentants légaux

Nous, soussignés.....  
représentants légaux, demandons pour notre enfant :.....  
..... né(e) le .....  
Scolarisé(e) en classe de .....  
Établissement/École .....  
la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour l'année scolaire 20...../20..... à partir de la  
prescription médicale et/ou du protocole d'intervention  
du Docteur ..... Tél. :.....

Date et Signatures des représentants légaux :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient aux représentants légaux qui demandent la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Si les représentants légaux le jugent nécessaire, ils peuvent adresser sous pli cacheté les informations qu'ils souhaitent transmettre au médecin de l'Éducation nationale.

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

**DATE DE LA RÉDACTION DU PAI :**

*(Document établi à la demande des représentants légaux et à partir des informations fournies par ceux-ci)*

### L'ÉLÈVE CONCERNÉ

1. NOM/PRÉNOM :

2. DATE DE NAISSANCE :

3. CLASSE :

4. NOM DE L'ÉCOLE OU ÉTABLISSEMENT/ADRESSE/TÉL. :

5. RESTAURATION SCOLAIRE : OUI / NON (*barrer la mention inutile*)

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### LES PARTIES PRENANTES

NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :

REPRESENTANTS LÉGAUX (nom, prénom, adresse et téléphone domicile et travail)

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom – Prénom		
Adresse		
Tél. domicile et/ou portable		
Téléphone du travail		

MÉDECIN de l'ÉDUCATION NATIONALE ou de PMI

Nom et téléphone :

Attache administrative :

INFIRMIER(E) de l'ÉDUCATION NATIONALE ou de PMI

Nom et téléphone :

Attache administrative :

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE OU AUTRE SPÉCIALISTE

	MÉDECIN SPÉCIALISTE MÉDECINE GÉNÉRALE	AUTRE MÉDECIN SPÉCIALISTE
Nom – Prénom		
Adresse		
Téléphone		

SERVICE HOSPITALIER

Référent (nom, prénom, adresse et téléphone) :

AUTRES INTERVENANTS (Responsable de la Municipalité, Responsable de la restauration collective...) :

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNÉS PAR UN PAI

#### ▷ **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin lorsqu'il y a un protocole d'urgence**

- Indiquer l'endroit où est déposée la trousse d'urgence : .....
- La trousse est fournie par les représentants légaux et doit contenir un double du PAI avec le protocole d'urgence et l'ordonnance de prescription en cours de validité.
- Les représentants légaux 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 représentants légaux s'engagent à informer le Directeur d'école, le Chef d'établissement et/ou le Médecin de l'Éducation nationale, de PMI ou de l'Institution en cas de changement de la prescription médicale.
- La trousse d'urgence doit toujours suivre l'enfant.

#### ▷ **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

#### ▷ **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**

Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire, du responsable de la restauration collective ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI mis en place sur le temps scolaire.

#### ▷ **Rappel**

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient aux représentants légaux qui demandent la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Si les représentants légaux le jugent nécessaire, ils peuvent adresser sous pli cacheté les informations qu'ils souhaitent transmettre au médecin de l'Éducation nationale.

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT DANS LA COLLECTIVITÉ

1/ Horaires adaptés ( <i>joindre l'emploi du temps</i> )	
2/ Double jeu de livres, +/- casier	
3/ Mobilier adapté	
4/ Lieu de repos à prévoir	
5/ Aménagement des sanitaires	
6/ Attente à éviter au restaurant scolaire	
7/ Nécessité d'un régime alimentaire	
8/ Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin	
9/ Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)	
10/ Local spécifique pour la réalisation de contrôles glycémiques	
11/ Local pour la kinésithérapie ou les soins	
12/ Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur	
13/ Ne pas utiliser de coquilles de noix ou de noisettes lors des activités d'arts plastiques Éviter l'élevage d'animaux en classe	
14/ Protocole d'urgence joint	
15/ Prescription médicale sans protocole d'urgence (ordonnance à joindre qui précise les signes d'appel, la posologie, le mode d'administration)	
16/ Aménagements complémentaires	
17/ Prévoir la mise en place de l'assistance pédagogique à domicile	
18/ Autres (à préciser) .....	
.....	

NOMBRE DE CASES COCHÉES : ...../18

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### SIGNATURE DES PERSONNES CONCERNÉES

Les personnels enseignants et non enseignants de l'établissement sont en première ligne pour prendre les décisions selon le projet d'accueil individualisé (la signature des représentants légaux valant demande à leur égard).

Un accès téléphonique avec les services d'urgence 15 (112 en Europe) doit toujours être possible.

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

**Date :**

1 – Le directeur d'école ou le chef de l'établissement :

2 – Les représentants légaux ou le jeune majeur :

3 – Le médecin spécialiste en médecine générale :

4 – Le médecin spécialiste dans la pathologie de l'enfant :

5 – Le médecin de l'Éducation nationale

6 – L'infirmier(ère) de l'Éducation nationale

7 - Les autres partenaires impliqués (institutionnels et/ou extra-institutionnels):

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

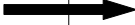
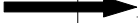
*Nouvelle ordonnance médicale à joindre*

### PROTOCOLE D'URGENCE

**rédigé et signé par le médecin spécialiste en médecine générale ou autre spécialiste  
effectuant le suivi médical de l'enfant**

Toujours informer le SAMU de l'existence de ce document  
et s'assurer de toujours avoir un accès téléphonique

#### 1/ CONDUITE À TENIR

SYMPTOMES VISIBLES	MESURES À PRENDRE POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT (position de l'enfant, médicaments, personnes à prévenir)
Signes d'appel Mineurs : (nécessitant une surveillance plus attentive)	
Signes d'appel Majeurs : (nécessitant des mesures à prendre en urgence)	<b>APPEL DU 15</b> 

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### 2/ MÉDICAMENTS À ADMINISTRER PAR LES PERSONNELS DE L'ÉCOLE/ ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DANS LE CADRE DU PROTOCOLE D'URGENCE

	NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION

*Joindre l'ordonnance de prescription des médicaments*

DATE/SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN



Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### AMÉNAGEMENTS COMPLÉMENTAIRES

#### 1/ APTITUDES SPORTIVES

**Inaptitude partielle** : OUI/NON (barrer la mention inutile)

Préciser les activités possibles :

.....  
.....

**Inaptitude totale** : OUI/NON (barrer la mention inutile)

#### 2/ RÉGIME ALIMENTAIRE

▷ Restaurant scolaire (**cocher la mention retenue**) :

Non autorisé

Paniers repas seuls autorisés

Régime spécifique nécessaire : .....

Menu habituel avec éviction d'un aliment : .....

Éviction de l'aliment par l'élève lui-même (dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée)

Autre (préciser).....

▷ Les goûters (**cocher la mention retenue**) :

Goûters festifs ou à thème autorisés

Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

▷ Possibilité de se réhydrater en classe

Nom de l'enfant

SAMU : 15 ou 112

Date de naissance

Année scolaire 20...../20.....

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Conformément aux dispositions de la circulaire interministérielle n° 2003-135 du 08/09/2003  
et du décret 2005-1752 du 30/12/2005

### 3/ PRISES EN CHARGE COMPLÉMENTAIRES : KINÉSITHÉRAPIE, SOINS INFIRMIERS...

\*Type

\*Fréquence et Horaires

\*Lieu des interventions

DATE/SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN