

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

*Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire*

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### Élève

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etablissement scolaire :

#### Responsables légaux ou élève majeur

| Lien de parenté : | Nom et prénom : | Adresse : | e-mail : | Téléphone : | Signature : |
|-------------------|-----------------|-----------|----------|-------------|-------------|
|                   |                 |           |          |             |             |
|                   |                 |           |          |             |             |

*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.***

|               | PAI 1 <sup>ère</sup> demande | Modifications de posologie éventuelles |  |  |  |  |
|---------------|------------------------------|--|--|--|--|--|
| Date / Classe |                              |  |  |  |  |  |
| Posologie     |                              |  |  |  |  |  |

#### Vérification annuelle par l'école ou l'établissement des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

|           |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Date      |  |  |  |  |  |
| Signature |  |  |  |  |  |

**Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer** le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire**

| Référents :  | Nom : | Adresse administrative : | Signature et date : | Exemplaire reçu le : |
|--|-------|--------------------------|---------------------|----------------------|
| Chef d'établissement<br>Directeur d'école<br>Directeur d'établissement       |       |                          |                     |                      |
| Enseignant de la classe<br>Professeur principal<br>Encadrant de la structure |       |                          |                     |                      |
| Médecin EN<br>Médecin de PMI<br>Médecin de collectivité                      |       |                          |                     |                      |
| Infirmier EN<br>Infirmier de PMI<br>Infirmier de collectivité                |       |                          |                     |                      |

**Partenaires :**

| Référents                                     | Nom : | Adresse administrative : | Signature et date : | Exemplaire reçu le : |
|---|-------|--------------------------|---------------------|----------------------|
| Médecins traitants,<br>services hospitaliers  |       |                          |                     |                      |
| Représentant du service de<br>restauration    |       |                          |                     |                      |
| Responsable des autres<br>temps périscolaires |       |                          |                     |                      |
| Autres :                                      |       |                          |                     |                      |

Nom de l'élève :

**PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS**  
**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE STRUCTURE ou à préciser :**

**I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

**II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

Temps partiel (temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés) **Joindre l'emploi du temps adapté**

Temps de repos

Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (EPS, activités manuelles ...) **Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS**

**III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire) :

Place dans la classe :

Mobilier et matériel spécifique

double jeu de livres    livres numériques    siège ergonomique    casier    robot    informatique

Toilettes et hygiène :

accès    toilettes spécifiques    aménagements matériels ou changes    douche    aide humaine

Récréation et interours :

précautions vis-à-vis du froid    soleil    jeux, bousculades

Accessibilité aux locaux :

Environnement visuel, sonore, autre :

**IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement : le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs lors des**

Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.) et stages

Déplacements pour examens

Sorties sans nuitée

Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

**V. Restauration**

Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective

Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :

par le service responsable de la restauration

par l'élève lui-même (affichage INCO)

Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution

Panier repas fourni par la famille (selon la réglementation en vigueur)

Goûter et/ou collations fournis par la famille :

Boissons :

Suppléments alimentaires :

Priorité de passage ou horaire particulier :

Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement :

## VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe)

Traitement médicamenteux :

Nom (commercial/générique) :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire de prise :

Surveillances particulières : Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

*Protocole joint*

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

### **Existence d'une trousse d'urgence**

- Contenu : PAI (obligatoire) Ordonnance Traitements Pli confidentiel à l'attention des secours
  - Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :
  - Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » oui non
  - Autre trousse d'urgence dans l'établissement oui non
- Précision si nécessaire :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

| Besoins particuliers  | Précisions<br>Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin) |
|---|--|
| Aide durant la classe<br>(attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)                                     |  |
| Transmission des cours et des devoirs<br>(reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.) |  |
| Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles  |  |
| Proposition d'aménagements des épreuves, examens, à la demande des responsables légaux  |  |
| Temps périscolaire<br>(spécificités liées au type d'activités)  |  |
| APADHE<br>CNED en scolarité partagée<br>Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire  |  |

Nom de l'élève :