



**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)**

*Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003*

Année scolaire 20.... / 20....

<b>PHOTO</b>	Nom de l'élève	Prénom de l'élève	Classe	Date de naissance
	Adresse :			
Nom et prénom du père :		Nom et prénom de la mère :		
Téléphone père :		Téléphone mère :		
Nom du médecin :		Téléphone médecin :		

**Type de PAI :**

- Asthme
- Diabète
- Allergie alimentaire
- Drépanocytose
- Epilepsie
- Autre, à préciser

Je soussigné(e)....., père, mère, administrateur légal :

1 — demande la mise en place d'un Projet Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte informé, volontaire et signataire, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s) .....

2 — m'engage à fournir une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 — autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Elles s'engagent à le communiquer au personnel qui pourrait être amené à les remplacer.

La famille certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies dans le protocole.

**DATE ET SIGNATURE****Chef d'établissement****Médecin traitant****Médecin spécialiste****Représentants légaux**

**PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE**

**A remplir par le médecin référent de la pathologie, en conformité avec l'ordonnance**

Situation	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	
Autre		

**Alerter immédiatement le Centre 15/112 dès les premiers signes :**

informer de l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté.

**Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés.

Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours

<b>BESOINS SPECIFIQUES DE L'ÉLÈVE</b> <b>hors situation d'urgence</b>
--

- Tout type de déplacement et EPS : prendre trousse d'urgence
- Précautions si activité en extérieur (récréation...) :
- Classe transplantée :
- Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- Régime alimentaire :
- Temps de repos, sieste, horaires adaptés ...:
- Boisson (classe), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie...) :
- Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- Service d'assistance pédagogique à domicile (SASPAD)
- Double jeu de livres :
- Autres :

<b>RESTAURATION SCOLAIRE</b>
------------------------------

- Non Autorisé
- Autorisé avec panier repas familial. L'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille.
- Menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments allergènes, si possible dans la collectivité territoriale compétente (Les parents prendront connaissance des menus) Préciser.
- Eviction alimentaire complète lors de semaine du goût et autres actions avec dégustation

### > Les goûters

- Goûters autorisés
- Goûter avec éviction
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

**COMPOSITION DE LA TROUSSE DE SECOURS (laissée à l'école)**

L'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

- Antihistaminique
- Corticoïdes
- Broncho-dilatateur
- Adrénaline injectable
- Autre

**Date et signature**

Chef d'établissement

Médecin traitant

Professeur principal

Médecin spécialiste