BO LE BULLETIN OFFICIEL DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

ville Antony

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Liberté
Égalité
Fraternité

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

PHOTO

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 1ere demande	Modifications de posologieéventuelles				
Date/ classe						
Posologie						

Vérification annuelle 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 directeur du centre de loisirs, 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 enplace. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical

© Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Lien pour la circulaire
© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT– Lien Eduscol pour les fiches PAI

Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Directeur d'école				
Directeur d'établissement				
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Représentant de la Mairie	M. Jean-Yves SENANT Maire d'Antony	Mairie Place de l'Hôtel de ville 92161 Antony		

Partenaires :

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

© Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Lien pour la circulaire
© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT– Lien Eduscol pour les fiches PAI

Nom / Prénom de l'élève :

PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS
PARTIE MEDECIN DE L'EDUCATION 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***

Préciser :

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

☐ Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
☐ Place dans la classe :
☐ Mobilier et matériel spécifique :
☐ double jeu de livres ☐ livre numérique ☐ siège ergonomique ☐ casier ☐ robot)
☐ Toilettes et hygiène :
☐ accès ☐ toilettes spécifiques ☐ aménagements matériels ou changes ☐ douche ☐aide humaine
Récréation et intercours :
☐ 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.
☐ Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
☐ Déplacements pour examens
☐ Sorties sans nuitée
☐ Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

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 menuet éventuel plat de substitution ☐ Panier repas fourni par la famille (gestion 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 particulier pour l'installation

Préciser :

© Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Lien pour la circulaire
© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT– Lien Eduscol pour les fiches PAI

VI. Soins

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

☐ Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

☐ Surveillances particulières : ☐ oui ☐ non

- 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 : ☐ oui ☐ non.

- Contenu de la trousse d'urgence :

☐ PAI obligatoirement ☐ 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

Préciser si nécessaire :

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

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
☐ Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
☐ Transmission des cours et des devoirs (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 aux examens, à la demande des responsables légaux	
☐ Temps périscolaire (spécificités liées au typed'activités, etc.)	
☐ APADHE ☐ CNED en scolarité partagée ☐ Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :	

© Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Lien pour la circulaire
© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT– Lien Eduscol pour les fiches PAI

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

Liberté
Égalité
Fraternité

Académie :
Département :

Fiche de liaison confidentielle - Asthme

Entre le médecin traitant ou de réseau et le médecin de l'éducation nationale

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de ses difficultés et à adresser par l'intermédiaire de la famille au médecin de l'Education nationale.
Les renseignements fournis et les documents associés sont très importants pour l'élaboration du PAI.

ENFANT :

Date de naissance :

Etablissement :

MEDECIN :

Spécialité :

Lieu d'exercice
Téléphone :

Mail :

Date de la réalisation de la fiche :

Diagnostic médical principal (joindre tout document médical utile) :

Allergènes ou facteur(s) spécifique(s) déclenchant la crise :
Autres antécédents :

Troubles ou difficultés présentés par l'enfant/l'adolescent :

→ Nature des troubles ou difficultés

→ Manifestations aiguës du trouble

☐ Adaptation des temps de présence dans l'établissement pouvant être souhaitable
☐ Prévenir les parents en cas d'activité physique d'intensité inhabituelle

☐ Aménagement de l'environnement pouvant être souhaitable
☐ Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :

☐ Aménagements à l'extérieur de l'établissement pouvant être souhaitable
- ☐ Prévenir la famille à l'avance pour décrire les sorties de classe et s'assurer que les conditions permettront d'appliquer le PAI
- ☐ Emporter la trousse d'urgence complete avec le PAI comportant la fiche de conduite a tenir en cas d'urgence
- ☐ Prendre un telephone mobile et s'assurer de la couverture du reseau
- ☐ Lors des sorties scolaires, eviter l'exposition et le contact direct avec les animaux a poils (chat, chien, cheval...)

☐ Soins ou traitement à prévoir sur le temps scolaire / dans l'établissement

Joindre une ordonnance à part
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. Ils s'engagent à informer l'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation*

→ Nom du médicament, horaire et modalité de prise :

Existence d'une trousse d'urgence : ◯ oui ◯ non
Nécessité pour l'enfant/l'adolescent d'avoir sa **trousse d'urgence sur lui** : ◯ oui ◯ non
La trousse d'urgence contient :

☐ un bronchodilatateur inhalé ☐ une chambre d'inhalation ☐ autre

Evaluation de la gestion de l'urgence ou manifestation aigue par l'enfant/ l'adolescent :

- L'enfant est capable de porter sur lui sa trousse d'urgence en permanence si le contexte le permet :
  ◯ OUI ◯ NON ◯ NE SE PRONONCE PAS
- L'enfant sait quand et comment utiliser les médicaments de sa trousse d'urgence :
  ◯ OUI ◯ NON ◯ NE SE PRONONCE PAS
- L'enfant est capable d'avoir recours à l'adulte en cas de problème :
  ◯ OUI ◯ NON ◯ NE SE PRONONCE PAS

Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double du PAI dont la fiche conduite à tenir en cas d'urgence

© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

Liberté
Égalité
Fraternité

Académie :

Département :

Autres remarques, consignes, orientations, informations utiles... :

Cachet du médecin :

Signature :

© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
Liberté
Égalité
Fraternité

Académie :
Département :

SP²A
Société pédiatrique de pneumologie & allergologie

3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

Fiche spécifique N° 01

Nom / Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels (*autres que le 15 ou le 112*) :	
Fiche établie pour la période suivante :	

- Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.
- Rester avec l'élève
- Évaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel possibles	Conduite à tenir	Traitement
☐ Toux sèche ☐ Gêne respiratoire ☐ Essoufflement ☐ Respiration sifflante ☐ Pâleur Autre :	⇒ **Asseoir l'enfant au calme** ⇒ **Le/la rassurer** ⇒ **Noter l'heure de début des symptômes** ⇒ **Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte**	☐ Faire inhaler bouffées de ☐ Utiliser la chambre d'inhalation La procédure est la suivante : (cf. QR code ci- contre) *- Secouer le spray* *- Placer le spray dans la chambre* *- Placer le masque/embout buccal sur le visage* *- Appuyer UNE fois sur le spray et laisser respirer l'enfant calmement 5 fois* *- Recommencer autant de fois que noté* ☐ Autre :
Si dans les minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		☐ Refaire inhaler bouffées de toutes les minutes pendant ☐ Utiliser la la chambre d'inhalation ☐ Autre :

Si les signes précédents persistent plus de minutes ou si présence de signes de gravité : appeler le 15 ou 112

Signes de gravité	Conduite à tenir	Traitement
Pas d'amélioration dans les minutes Présence de **signes de gravité** (d'emblée ou apparition) : • **Assis et penché en avant** • **Difficultés à parler et tousser** • **Sueurs** • **Agitation** • **Trouble de la conscience** • **Pauses respiratoires**	⇒ **APPELER le SAMU et suivre les consignes données** ⇒ **Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise et au calme** ⇒ **Informer la famille** ⇒ **Rassembler les documents utiles pour les secouristes**	☐ Continuer à faire inhaler bouffées de outes les minutes jusqu'à l'arrivée des secours ☐ Utiliser la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) ☐ Traitement complémentaire par :

☐ **Existence d'une fiche de liaison confidentielle pour le médecin EN**

☐ **Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes**

Signature du médecin :

Date :

© Direction générale de l'enseignement scolaire-MCT

ville
Antony

Projet d'Accueil Individualisé

Année 202…/202…

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

ENFANT CONCERNE : **Nom.....Prénom……..**

ACCORD ET ENGAGEMENT DES PARENTS

Nous soussignés, Monsieur ..... père,

Madame .....mère,

Responsables légaux de l'enfant……

✧ Autorisons les personnes responsables nommées ci-dessous à accompagner notre enfant dans la prise de médicaments prescrits conformément à l'ordonnance obligatoirement jointe et à ses mises à jour.

✧ Justifions d'une assurance couvrant les risques de responsabilité civile à son égard. Cette police d'assurance devra couvrir tous les risques et litiges pouvant survenir à l'égard de l'enfant pendant le temps périscolaire.

- Compagnie d'assurance……
- N° de police……

Signatures des parents

TSVP ☞☞☞

Je soussigné (e), Madame/Monsieur ..... certifie avoir remis les médicaments ci-dessous à

☐ Madame/Monsieur .....Directeur (trice), de l'école.....

☐ Madame/Monsieur .....Directeur (trice), du CML.....

REMISE DE MEDICAMENTS		
MEDICAMENT	**NOMBRE DE BOITES**	**DATE DE PEREMPTION**

Chaque médicament doit être étiqueté au nom de l'enfant

Lieu de rangement

ECOLE :.....

CML.....:.....

Réfrigérateur oui ☐ non ☐

Madame/Monsieur....., chargé(e) dans le cadre du P.A.I. de la surveillance de l'enfant et de l'administration des médicaments en cas d'urgence, a été informé(e) du lieu de rangement des médicaments et de leurs modalités d'administration.

Fait à Antony, le.....

Le Parent, **Le (la) Directeur (trice) d'école** **L'animateur responsable de l'enfant**

NOMINATION DES PERSONNES REFERENTES

A remplir par la ville

ACTIVITES	**PERSONNES REFERENTES**
Garderie du matin	
Garderie du soir	
Restauration	
Centre Municipal de loisirs	

ville
Antony

DIRECTION DE L'EDUCATION

Organisation et engagements
PAI non alimentaire

Les enfants ayant une maladie chronique quelle qu'elle soit, peuvent fréquenter l'école, les temps périscolaires et les accueils de loisirs sans hébergement uniquement si les familles ont signé un protocole d'accueil individualisé (PAI).

Ce dernier permet de préciser les bonnes pratiques pour l'accueil de l'enfant en collectivité.

Le parent doit informer les personnes qui accueilleront leur enfant (directeur d'école, directeur de CML) de la mise en place d'un PAI.

En mettant en place un PAI, les parents s'engagent à :

- **Fournir le dossier PAI, dument rempli par le médecin traitant selon la pathologie (Asthme, diabète, ...).**
- **Fournir les différents médicaments avec l'ordonnance dans les trousses d'urgence.**
- **Fournir deux trousses d'urgence, une pour l'école et une autre pour le centre de loisirs.**
- **Informer la direction de l'Éducation et le directeur d'établissement de toutes les modifications éventuelles.**

Ce protocole d'accueil est conclu pour la durée de le la scolarisation de l'enfant dans le même établissement durant les temps scolaire, périscolaire et extrascolaire.

Les enfants de grandes sections devront refaire un autre dossier PAI pour la scolarité en élémentaire.

Si le PAI ne doit plus être mis en place, le document de la médecine scolaire doit être complété accompagné d'un courrier du médecin signataire du PAI qui nous informe de la fin. Ce document dit être remis au directeur d'établissement et à la direction de l'Education.

La famille a pris connaissance du protocole et s'engage à le respecter en signant le présent document. Elle est consciente que la Ville ne pourra être tenue pour responsable en cas de problème.

Je soussigné (e):.....

Responsable légal de :.....

Atteste avoir pris connaissance du présent règlement, je m'engage a respecté les différentes consignes.

Signature :