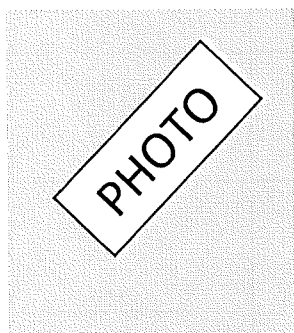


## Projet d'accueil individualisé (PAI)

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 des éléments du PAI fournis par la famille :<br>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 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 : |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Directeur d'école                                                            |                                              |                                                     |                   |                      |
| Directeur d'établissement                                                    |                                              |                                                     |                   |                      |
| Enseignant de la classe<br>Professeur principal<br>Encadrant de la structure |                                              |                                                     |                   |                      |
| Médecin éducation nationale<br>ou PMI ou collectivité d'accueil              |                                              |                                                     |                   |                      |
| Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil               |                                              |                                                     |                   |                      |
| Représentant de la Mairie                                                    | Mme Aude NODE-<br>LANGLOIS<br>Maire d'Antony | Mairie<br>Place de l'Hôtel de ville<br>92161 Antony |                   |                      |

**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 :                                      |     |                        |                   |                      |

## 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*

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 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.*

- ☐ 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective<br><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :<br><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration<br><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)<br><input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution<br><input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)<br><input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille | <input type="checkbox"/> Boissons :<br><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires :<br><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier :<br><input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Préciser :

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

## Fiche de liaison confidentielle – standard

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

À 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'Éducation nationale.  
Les renseignements fournis et les documents associés sont très importants pour l'élaboration du PAI.

|                                                                      |                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>ENFANT :</b>                                                      |                     |
| Établissement :                                                      | Date de naissance : |
| <b>MÉDECIN :</b>                                                     |                     |
| Lieu d'exercice                                                      | Spécialité :        |
| Téléphone :                                                          | Mail :              |
| Date de la réalisation de la fiche :                                 |                     |
| Diagnostic médical principal (joindre tout document médical utile) : |                     |
| Autres antécédents :                                                 |                     |

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

→ Nature des troubles ou difficultés, retentissement :

→ Manifestations aiguës du trouble :

- ☐ Adaptation des temps de présence dans l'établissement pouvant être souhaitable :
- ☐ Adaptation de l'activité physique pouvant être souhaitable :
- ☐ Aménagement de l'environnement pouvant être souhaitable :
- ☐ Mesures de restauration particulières ou aménagement souhaitable :
- ☐ Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :
- ☐ Aménagements à l'extérieur de l'établissement pouvant être souhaitables :
  - ☐ 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 complète avec le PAI comportant la fiche de conduite à tenir en cas d'urgence
  - ☐ Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau
  - ☐ Lors des sorties scolaires, éviter l'exposition à :
- ☐ 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 nationale.

→ 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 le ou les traitements suivants :

Qui les administre : ☐ l'élève ☐ autre :

Académie :

Département :

**Évaluation de la gestion de l'urgence ou manifestation aiguë 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**

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

***Cachet du médecin :***



***Signature :***



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

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

#### Fiche Standard

|                                                                                 |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nom/ Prénom :                                                                   | Date de Naissance : |
| Numéros d'urgence spécifiques éventuels ( <i>autres que le 15 ou le 112</i> ) : |                     |
| 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 | Conduite à tenir | Traitement |
|--------|------------------|------------|
|        |                  |            |

- Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

| Signes de gravité | Conduite à tenir | Traitement |
|-------------------|------------------|------------|
|                   |                  |            |

- Dans tous les cas, tenir la famille informée

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

☐ Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

# 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*



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 |                      |

## 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, dûment rempli par le médecin traitant selon la pathologie (Asthme, diabète, ...).**
- **Fournir les différents médicaments avec l'ordonnance dans les trousse d'urgence.**
- **Fournir deux trousse d'urgence, une pour l'école et une autre pour le centre de loisirs.**
- **Informar 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 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 doit être remis au directeur d'établissement et à la direction de l'Éducation.**

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 à respecté les différentes consignes.

Signature :