

## Demande de mise en place de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

Année scolaire : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Photo  
de  
l'élève

### ELEVE CONCERNE :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance :	Classe :

- Première demande de PAI  
 Reconduction du PAI – année scolaire du premier 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. »

La demande de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que le Lycée La bourdonnais lui permette de suivre son traitement et/ou son régime, et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Ce document est destiné à être conservé dans le dossier médical de votre enfant, sous couvert du secret professionnel. A l'issue de votre demande, le document en annexe sera distribué si besoin au personnel concerné par un éventuel aménagement (proviseur, vie scolaire, professeurs...). Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur le document en annexe sans l'accord des parents ou de l'élève majeur.

### **Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

<u>Responsable légal (1) :</u>	<u>Tel :</u>
<u>Responsable légal (2) :</u>	<u>Tel :</u>
<u>Autre :</u>	<u>Tel :</u>

Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie : \_\_\_\_\_ / Tel : \_\_\_\_\_

## ANNEXE

Pathologie de l'enfant / diagnostic médical :

.....

Besoins spécifiques :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Horaires adaptés                    | <input type="checkbox"/> Mise à disposition d'un local   |
| <input type="checkbox"/> Double jeu de livres                | <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en a besoin                        |
| <input type="checkbox"/> Salle de classe au rez-de -chaussée | <input type="checkbox"/> Aménagement en E.P.S.   |
| <input type="checkbox"/> Lieu de repos                       | <input type="checkbox"/> Traitement à administrer régulièrement (fournir les traitements et la prescription) |
| <input type="checkbox"/> Mobilier adapté                     | <input type="checkbox"/> Autre : .....   |
| <input type="checkbox"/> Aménagement des sanitaires          |  |
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'un régime alimentaire   |  |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la glycémie             |  |

Précisions :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Intervention de personnel soignant : NOM .....  
(infirmier libéral, kinésithérapeute...) FONCTION .....  
JOURS / HEURES .....

Je, soussigné(e), ....., père / mère / représentant légal (rayer la ou les mentions inutiles), demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'urgence du Docteur..... ci-joint.

Fait le ...../...../....., à .....

Signature :

## Protocole de soins d'urgence

(À renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

*N.b: ce protocole sera conservé dans l'infirmierie, attaché à la trousse d'urgence fournie par la famille.*

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

**Composition de la trousse d'urgence déposée à l'école (joindre l'ordonnance détaillée correspondante) :**

*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 scolaire 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.*

**Dès les premiers signes, appeler le SAMU 114 / Darné 118, pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents.**

Signes d'appel	Symptômes visibles	Conduite à tenir (nom du médicament, posologie, mode de prise)

Date : ...../...../.....

Cachet et signature du médecin :

PAI reçu le :	Le Proviseur / adjoint / Directeur	Le médecin scolaire :	L'infirmière scolaire :