

Médecin de l'Education Nationale référent

Dr .....

Date .....


Reconduit - le : .....

- le : .....

- le : .....

- le : .....

Mission de Promotion  
de la Santé en faveur  
des élèves

 <b>ACADÉMIE DE STRASBOURG</b> <i>Liberté Égalité Fraternité</i>	Référence sommaire	Année : 2022
	4.7.1	Auteur :
	<b>Exemple de PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ vierge</b>	Version : Observations :
Source :		

**PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**  
**dans un établissement scolaire ou une école**

**Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé sur le temps scolaire**

*(Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)*

**En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l'information**

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au secret professionnel et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Document établi à la demande de la famille à partir des informations fournies par la famille.

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Etablissement scolaire : .....

..... Classe : .....

**PARENTS**

	Nom - Prénom	Téléphone personnel	Téléphone professionnel	Téléphone mobile
<b>Père</b>				
<b>Mère</b>				

**INTERVENTIONS EXTERIEURES**

	Nom	Téléphone	Mail
SAMU		15	
Médecin traitant ou spécialiste			

Service hospitalier			
---------------------	--	--	--

Lieu où les médicaments sont accessibles : .....

.....

.....

**PROTOCOLE D'URGENCE**

*Mettre un exemplaire de l'intégralité du PAI dans la trousse d'urgence*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

<b>SIGNES D'APPEL</b> Symptômes visibles pouvant être associés ou non	<b>CONDUITE A TENIR</b>
<b>En cas de signes de gravité : faire le 15 (SAMU)</b>	
<b>DANS TOUS LES CAS, PREVENIR LES PARENTS</b>	

Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école :

.....

.....

.....

**Informations à fournir au médecin des urgences**  
*(informations confidentielles à transmettre sous pli cacheté, si nécessaire) :*

Décrire les signes cliniques présentés par l'enfant, l'heure d'apparition des symptômes, et les mesures prises.

Poids de l'enfant :

.....  
.....

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : .....

**ANNEXE AU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
Mise en œuvre au quotidien dans l'école / l'établissement  
Pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant de manière régulière

---

**PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES :**

**Soins à l'école**

Jours, heures et lieux : .....

**Rééducation sur le temps scolaire mais en dehors des locaux scolaires**

.....  
.....

**REGIME ALIMENTAIRE selon prescription, bilan et ordonnance du médecin qui suit l'enfant :**

évictions (préciser) : .....

.....

panier repas fourni par la famille et identifié au nom de l'enfant

horaires des repas fixes, à préciser : .....

possibilité de se réhydrater en classe

collation(s) supplémentaire(s) fournie(s) par la famille

autres préconisations : .....

**AMENAGEMENTS SCOLAIRES EVENTUELS :**

**Environnement :**

possibilité de sortir de la classe pour aller aux toilettes

double jeu de livres

accès à l'ascenseur

mobilier particulier

autres

**EPS** (détailler) .....

.....

*(Si nécessaire, joindre un certificat médical d'inaptitude totale ou partielle)*

**SORTIES SCOLAIRES OU CLASSES TRANSPLANTEES :**

Veiller à ce que l'enfant ait toujours sa trousse à disposition

Il appartient à la famille d'anticiper suffisamment à l'avance le séjour de l'enfant pour pouvoir prendre les dispositions adéquates.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : .....

### LISTE DES PIÈCES JOINTES AU PAI

- Ordonnance médicale pour prise de médicaments pendant le temps scolaire  
*(document établi par le médecin traitant ou spécialiste)*
- Certificat d'inaptitude à l'EPS
- Mode d'emploi .....
- Protocole « Panier repas »
- Autre : .....

Si la famille **ne fournit pas** les documents médicaux indispensables, en particulier les ordonnances d'urgence ainsi que les médicaments correspondants et ne les renouvelle pas quand cela est nécessaire, **le PAI devient caduque**.

Date : ..... SIGNATAIRES (nom – signature)

Parents ou responsables légaux <i>(nom et signature obligatoire)</i>	Directeur d'école ou chef d'établissement <i>(nom et signature obligatoire)</i>	Enseignants <i>(nom et signature)</i>
Médecin(s) <i>(cachet et signature)</i>	Représentants de la collectivité <i>(si nécessaire)</i>	Autres intervenants

### RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire **à la demande des parents**.
- Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.
- Joindre au PAI, la feuille de « Reconduction et renouvellement de PAI » dûment signée chaque année scolaire.