

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.)
ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021**

1) COURRIER DE L'INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sous « *parents de l'enfant* »,
- Cocher la case « oui », signer et dater au bas du courrier.

2) DOCUMENT PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- LES PARENTS SONT INVITES A REMPLIR **UNIQUEMENT** LES CADRES SUIVANTS :

- « L'enfant ou l'adolescent concerné »
- Cadre 1 : « coordonnées des adultes qui suivent l'enfant : les parents »
- Cadre 7 : « référents à contacter : numéros de téléphone des parents »
- Les parents et l'adolescent doivent signer au bas du document

- LE MEDECIN EST INVITE A REMPLIR **UNIQUEMENT** LES CADRES SUIVANTS :

- cadre 1 : « coordonnées des adultes qui suivent l'enfant : le médecin »
- cadre 2
- cadre 3
- cadre 4
- cadre 5
- cadre 6
- cadre 7 : « référents à contacter : nom et numéro de téléphone du médecin traitant ou spécialiste »
- le médecin doit signer, dater au bas du document

S'il y a prescription d'un traitement, le PAI doit impérativement être accompagné de l'ordonnance ainsi que des médicaments (**veuillez vérifier la date de péremption qui doit, au minimum, expirer en juillet 2021**).

AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE
LE PAI ACCEPTE

REFUS D'UN PAI

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sur le courrier de l'infirmière de l'Education Nationale,
- Cocher la case « non », signer et dater au bas du courrier.

AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE

LE PAI REFUSE

L'infirmière de l'Education Nationale

A

Madame, Monsieur, parents de l'enfant

.....

Objet : PAI

Madame, Monsieur,

Lors de l'inscription, il a été fait mention que votre enfant était susceptible de présenter une pathologie pouvant nécessiter certaines précautions voire un traitement ou des soins dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

Or, l'admission dans ces établissements d'adolescents atteints d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période s'effectue selon certaines règles précisées par la circulaire N° 2003-135 du 8 septembre 2003 et nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)**.

Toutefois, ce Projet d'Accueil Individualisé ne sera mis en place qu'à votre demande expresse et que si le médecin qui suit votre enfant le juge nécessaire.

Je vous invite donc à vous rapprocher de ce praticien pour discuter avec lui de l'opportunité d'un P.A.I. et de me manifester votre volonté en me faisant retour du présent document, signé et daté de votre main, après avoir coché la case de votre choix :

- NON**, je ne désire pas que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.
- OUI**, je désire que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.

Si vous refusez le P.A.I., votre enfant devra remettre à l'infirmière ce courrier coché « non ». Veuillez signer et dater ledit courrier.

Si vous acceptez le P.A.I., votre enfant devra remettre à l'infirmière l'imprimé du P.A.I. ci-joint rempli par son médecin traitant accompagné des médicaments qu'il vous appartient de fournir (et dont il est de votre responsabilité de vérifier la date de péremption) ainsi que de l'ordonnance.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Laurence d'HERVE

Année 2020-2021

Projet d'Accueil Individualisé

Lycée Sarda Garriga

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent.

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

Nom Prénom

Nom des parents ou du représentant légal

Date de naissance

Adresse :

.....

Téléphone domicile travail

Collectivité d'accueil :

- école établissement scolaire établissement d'accueil de la petite enfance

1- Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant

- Les parents
- Le responsable de la collectivité : Monsieur RIVIERE
- Le médecin de la collectivité
- l'infirmier(ère) de la collectivité : Madame d'HERVE
- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie
- Le service hospitalier

2- Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- Horaires adaptés
- Double jeu de livres
- Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Mobilier adapté
- Lieu de repos
- Aménagement des sanitaires
- Attente à éviter au restaurant scolaire
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- Local pour la kinésithérapie ou les soins
- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaire
- Aménagement de l'éducation physique et sportive : sports à adapter selon l'avis du médecin qui suit l'enfant
- Aménagement des transports : éviter les trajets trop longs et les transports mal adaptés
- Aménagement lors d'une classe transplantée ou de déplacements : veiller à ce que l'enfant ait toujours avec lui sa trousse d'urgence
- Demande de tiers-temps aux examens
- Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile

41-41111

3- Prise en charge complémentaire

Médicale

- Intervention d'un kinésithérapeute : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours
.....
- Intervention d'un personnel soignant : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours
.....

Pédagogique

- Soutien scolaire : matières, heures
- Assistance pédagogique à domicile : intervenant et modalités
.....
- Prise en charge en orthophonie : coordonnées, lieu d'intervention et horaires
.....

4- Traitement médical

(selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté au médecin de la collectivité)

Nom du médicament
.....

Doses, mode de prise et horaires
.....

5- Régime alimentaire

(Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

- Paniers repas
- Suppléments caloriques (fournis par la famille)
- Collations supplémentaires (fournies par la famille) - horaires à préciser.....
- Possibilité de se réhydrater en classe
- Autres : (à préciser)

6- Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI

A faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil

- Signes d'appel :
.....

- Symptômes visibles :
.....

Mesures à prendre dans l'attente des secours :

7 - Référents à contacter

- Parents ou tuteur, Tél.domicile..... Tél.travail.....
- Médecin traitant..... Tél.....
- Médecin spécialiste Tél.....
- SAMU : 15 ou 112 par portable
- Pompiers :
- Service hospitalier Tél.....

Signataires du projet

Les parents ou représentant légal

L'enfant ou l'adolescent

Le responsable de l'institution

Les personnels de santé

Le représentant de la municipalité

Date :