Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

ANNEE SCOLAIRE 20…../20…..

Elève concerné

Nom : _____ Prénom _____ __

Né (e) le :___/ __ / ____ Classe :_____

Adresse : _____

Personne à contacter (Téléphone)

Parents : Domicile :___/ __ / __ / __ / __

Portable :___/___/___/ __ / __ ou___/___/___/___/__

Travail : __ / __ / __ / __ / __ ou __ / __ / __ / __ /__

Médecin Traitant :___/___/ __ / __ / __

Parties prenantes

Les parents : Monsieur et (ou) Madame _____
Le Chef d'établissement : **Mme Ropartz**
Le Médecin traitant : _____
Le Médecin et (ou) l'infirmière scolaire :_____
L'élève : _____

Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

<u>Attention</u> : complétez et faire signez par le médecin traitant le « **PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE** » (annexé au projet).

Les ordonnances et les médicaments spécifiques seront remis au secrétariat.

<u>Aménagements spécifiques à prévoir dans le cadre</u> **:**

- de l'enseignement de l'éducation physique et sportive :

- de transports scolaires :

- des classes transplantées :

- des déplacements scolaires en dehors du collège :

<u>Aménagements spécifiques à prévoir dans le domaine pédagogique</u> :

Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au présent document.

<u>Signature de la famille</u> <u>Signature du chef d'établissement</u> <u>Signature du médecin</u>

Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

Photo

ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

PAI reconduit pour l'année scolaire : 20…./20…. - Année scolaire du 1er PAI ……

La décision 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 la collectivité d'accueil 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. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, 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'intervention du Docteur…….…… tél…….

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil :

Collège MERCIER SAINT PAUL à MEULAN EN YVELINES

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Signatures du PAI et date :

Responsable établissement

Médecin traitant

Parents ou représentants légaux

Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

Etablissement : **Collège MERCIER SAINT PAUL**
Adresse de l'établissement : **1 rue des Annonciades 78250 MEULAN EN YVELINES**
Tél. 01.34.92.84.20

Chef d'Etablissement : **Bruno Ropartz**

PERSONNES A PREVENIR

LES URGENCES :

SAMU	**sur téléphone standard**	**15**
SAMU	**sur téléphone portable**	**112**

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

PROTOCOLE D'URGENCE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

	CONSEILS ET RECOMMANDATIONS	AMENAGEMENT PERSONNALISE
Type de pathologie		
Signes		
Conduite à tenir en cas de crise		**Traitement de la crise : Nom du médicament :…… ……** **Posologie : ……** **Mode d'administration : ……** **Lieu de stockage du médicament :** **……**
A la fin de la crise		
Activités physiques	☐ Pas de contre-indication aux sports. ☐ Contre-indications à faire du sport.	
Sortie scolaire **et** **Classe transplantée**	☐ La trousse d'urgence et le PAI doivent suivre l'enfant, un adulte doit être avoir un téléphone portable. ☐ Pour une sortie de plusieurs jours, prévenir la famille pour la préparer. ☐ Les parents donneront l'ordonnance et les traitements à la personne responsable de l'enfant.	Indiquer la personne responsable du traitement.
Autres		

Ensemble scolaire
Mercier Saint-Paul

Pour tous les enfants concernés

➢ Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Indiquer les endroits où sont déposés les trousses d'urgence……

- Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.

- 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.

- Les parents s'engagent à informer l'établissement en cas de changement de la prescription médicale.

➢ En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer.

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger.

➢ En cas de changement d'enseignant

- Faire suivre l'information de façon prioritaire.

➢ En cas de changement d'établissement scolaire

- Les parents transmettront le PAI dans le nouvel établissement de leur enfant.

Date : **Cachet et Signature du Médecin qui suit l'enfant**