# 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

Photo

| Élève | |
|---|---|
| Nom / Prénom : | |
| Date de naissance : | |
| Adresse : | |
| Etablissement scolaire : | *École MERCIER SAINT-PAUL* |

**Responsables légaux ou élève majeur :**

| Lien de parenté | Nom et prénom | Domicile | e-mail | N° 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 1ere demande | Modifications éventuelles | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Date | | | | | | |
| Classe | | | | | | |

| Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Date | | | | | |
| Classe | | | | | |

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 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 |
|---|---|---|---|---|
| **Chef d'établissement** | *Mme VIEVILLE* | *70 Rue Gambetta 78250 MEULAN-EN-YVELINES* | | |
| **Directeur d'école** | | | | |
| **Directeur d'établissement** | | | | |
| **Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure** | | | | |
| **Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil** | | | | |
| **Infirmier éducation nationale *ou* PMI *ou* collectivité d'accueil** | | | | |

**Partenaires :**

| Référents | Nom | Adresse administrative | Signature et date | Exemplaire reçu le |
|---|---|---|---|---|
| **Médecins traitants, services hospitaliers** | | | | |
| **Représentant du service de restauration** | | | | |
| **Responsable des autres temps périscolaires** | | | | |
| **Autres :** | | | | |

MERCIER SAINT-PAUL
ETABLISSEMENT CATHOLIQUE D'ENSEIGNEMENT SOUS CONTRAT

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

## PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS
## PARTIE MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE, PMI OU 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
☐ Dispense partielle ou totale d'activité (*EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc*.)

Préciser :

**Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS**

### 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, informatique, casier, robot*)
☐ Toilettes et hygiène (*accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc*.)
☐ Récréation et intercours (*précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc*.)
☐ Accessibilité aux locaux
☐ Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

### 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

| | |
|---|---|
| ☐ Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective<br>☐ Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :<br>☐ Par le service responsable de la restauration<br>☐ Par l'élève lui-même (affichage INCO)<br>☐ Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution<br>☐ Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur) | ☐ Goûter et/ou collations fournis par la famille<br>☐ Boissons<br>☐ Suppléments alimentaires<br>☐ Priorité de passage ou horaire particulier<br>☐ 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 : ☐ oui ☐ non
Préciser :
*Protocole joint* : ☐ oui ☐ non

☐ Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin : ☐ oui ☐ non
Préciser :

☐ Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

☐ Autres soins :

**Trousse d'urgence :**

- 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 :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

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