

Projet d'accueil Individualisé (PAI) 20__/20__

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Age : Classe :

NOM DU PROBLEME MEDICAL NECESSITANT LE PAI

Nom de la maladie, du problème médical : (Athsme, allergie, autisme, handicap,...)

.....
.....

Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.

I. Traitement médical (Selon l'ordonnance du médecin traitant à joindre)

Nom du (des) médicament(s) :

.....
.....

Doses :

.....
.....

Mode de prise et horaires :

.....

II. Protocole d'urgence (Selon le certificat médical à joindre)

Signes d'appel :

.....

Symptômes visibles :

.....

Mesures à prendre dans l'attente des secours :

.....

.....

I. Personnes référentes

LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

Référents à contacter en priorité :

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile * : Travail * :

Téléphone portable 1* : Portable 2* :

* Numéroté par ordre de priorité ①, ②...

LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

.....

Téléphone cabinet : Portable :

II. Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- ☐ Mobilier adapté
- ☐ Mise à disposition d'un deuxième jeu de livres.
- ☐ Lieu de repos
- ☐ Aménagement des sanitaires
- ☐ Attente à éviter au restaurant scolaire
- ☐ Nécessité d'un régime alimentaire
- ☐ Local pour entreposer du matériel médical spécifique (le cas échéant)
- ☐ Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- ☐ 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.
- ☐ Autre (précisez).....

.....

III. Prise en charge complémentaire

1. Médicale :

- ☐ Intervention d'un personnel soignant : coordonnées lieu d'intervention, heures et jours (à joindre au PAI)
 - ☐ Autre intervention (précisez) :
-

2. Régime alimentaire

- ☐ Paniers repas (bento)
 - ☐ Suppléments caloriques (fournis par la famille)
 - ☐ Collations supplémentaires (fournis par la famille)
 - ☐ Possibilité de se réhydrater pendant les cours
 - ☐ Autre (précisez).....
-

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé (PAI) 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, **toute information pouvant être utile 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 aux infirmières du LFIT

Pièce à joindre au PAI :

- ☐ Ordonnance
- ☐ Certificat médical
- ☐ Autre (Précisez) :

Je soussigné(e) Mme/M.....mère/père/représentant (e)

Légal(e) de l'enfant : Nom, Prénom Date de naissance

...../...../..... autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant(ou pupille au nouvel établissement, durant toute sa scolarité.

Signataires du projet

Date / / 20

Monsieur le Proviseur

Les parents ou représentant légal

Le directeur ou le proviseur adjoint

L'infirmière

Le professeur principal