



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

POUR LE TEMPS PLACE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
re projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)  
re restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

Photo enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Établissement : .....

Je soussigné, ..... 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.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (TELEPHONE)

- Samu : 15 ou 112 (téléphone portable)
- Domicile des parents :
- Père : portable ..... travail : .....
- Mère : portable ..... travail : .....
- Autre personne : .....
- portable : ..... travail : .....
- Médecin traitant (spécialiste,....) : .....

## Pour tous les enfants concernés

➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Indiquer les endroits où sont déposées les troussees d'urgence :
  
- Les troussees 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 le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale.

➤ **En cas de déplacement scolaire : sorties et/ou classes transplantées**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu de déplacement à l'étranger

➤ **En cas de changement d'enseignant**

- L'établissement doit faire suivre l'information de façon prioritaire.

➤ **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps ne relèvent pas de l'éducation nationale ; leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.

## Besoins spécifiques de l'élève

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

**Signature du PAI et date :**

Responsable d'établissement  
ou directeur d'école

enseignant de l'élève

médecin EN ou de l'institution

## Autres personnes présentes lors de la signature du PAI

NOM	FONCTION	SIGNATURE

# Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Ce protocole est destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des **personnels non soignants** en milieu scolaire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_

## Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

**Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable), pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents**

<b>En cas de</b>	<b>Signes d'appel</b>	<b>Conduite à tenir</b> (nom du médicament, dose, mode de prise et horaire)

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date : \_\_\_\_\_ signature et Cachet du Médecin

**Remarques :**