

Projet d'accueil individualisé – E

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 (bulletin officiel n°134 du 18/09/2003)

Elève concerné

Photo	Nom.....	Prénom.....
	Classe.....sexe.....	Date de naissance.....
	Adresse.....	

Année de mise en place du 1^{er} PAI.....
PAI reconduit pour l'année.....

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 santé ou d'apprentissage 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 ou de bénéficier d'aménagements adaptés à sa situation. 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(e).....père, mère représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la prescription du
docteur.....dont les coordonnées sont en annexe.
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans
l'établissement scolaire et l'établissement d'accueil lors des sorties scolaires.

Date

Nom, prénom et signature du responsable légal

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

Signatures

Le chef d'établissement

Le CPE

Le médecin scolaire

L'infirmière

Le professeur principal

Le professeur d'EPS

BESOINS SPECIFIQUES DE

- Peut-il pratiquer toutes les activités sportives ?

oui

non

si non lesquelles sont à proscrire

-

-

-

- Peut-il participer aux travaux d'atelier ?

oui

non

si oui dans quelles conditions

-

-

-

- L'élève fait

- des crises tonico-cloniques

oui

non

- des absences

oui

non

- peut faire les deux

oui

non

crises tonico-cloniques :

absences :

PROTOCOLE D'URGENCE

La trousse d'urgence se trouve :.....

Composition de la

trousse :.....
.....
.....
.....
.....

(Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence. Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins)

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les périmés.

SIGNE D'APPELS

- Perte de connaissance brutale
- Et/ou chute spontanée non traumatique
- Et/ou mouvements anormaux.

CONDUITE A TENIR:

- 1 - rester calme
- 2 - faire évacuer les autres élèves
- 3 - laisser le jeune couché par terre
- 4- éloigner tout risque de traumatisme
- 5- couvrir le jeune, desserrer ses vêtements
- 6 - ne rien mettre dans sa bouche
- 7 - ne rien lui donner à boire ou à manger
- 8 - laisser passer la crise sans intervenir
- 9 - quand les mouvements ont cessé, le remettre en position latérale de sécurité
- 10 - appeler la famille
- 11 - prévenir le chef d'établissement
- 12 - appeler le 15, et appliquer les consignes données par le médecin du SAMU.

Etablissement :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom du chef d'établissement :

.....

Nom du médecin scolaire :.....

Adresse :.....

.....N° téléphone :

COORDONNEES DES PARENTS

	Monsieur	Madame
Nom et prénom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ELEVE

Nom	
Adresse	
N° téléphone	

COORDONNEES DU SPECIALISTE

Nom	
Adresse	
N° téléphone	

AUTRE THERAPEUTE

Nom	
Adresse	
N° téléphone	

Date de la dernière consultation spécialisée :

.....

PROFESSEUR PRINCIPAL

Nom et prénom