

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

### Article D.351-9 du code de l'éducation-Circulaire du 10-2-2021 BO n°9 du 04-03-2021

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.

#### Renseignements administratifs :

Nom / Prénom de l'élève concerné :
Date de naissance :
Etablissement scolaire:
Adresse du domicile de l'élève :



#### Responsables légaux (ou élève majeur) :

Lien de parenté	Nom et prénom	Adresse domicile	Adresse mail	☎ Téléphone portable	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant (dont le personnel remplaçant) 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.*

#### A compléter par les parents :

	Date	Année scolaire	Classe
PAI 1ère demande			

**Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le chef d'établissement ou directeur d'école, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas d'évolution du PAI.**

**Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à la mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.**

**Médecin coordinateur et/ou prescripteur du nouveau PAI (à renseigner obligatoirement):**

Nom du médecin coordonnateur et/ou prescripteur	Adresse administrative/ Téléphone	Date	Signature

**Intervenants autour de l'élève du PAI 1<sup>ère</sup> demande :**

Référents	Nom	Adresse administrative / Téléphone	Signature et Date
Directeur d'école ou chef d'établissement			
Enseignant de la classe ou professeur principal			
Responsable du service de restauration			
Responsable des autres temps périscolaires			
Infirmière de l'éducation nationale			
Médecins spécialistes, services hospitaliers			
Autres <i>infirmières libérales, SESSAD, Kinés etc...</i>			

**La famille est chargée de transmettre ce PAI à l'établissement scolaire. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation. Ensuite, le chef d'établissement adressera une copie de ce document au Centre Médico-Scolaire de rattachement. Il redonnera l'original aux parents qui le conserveront tout au long de sa validité.**

## RECONDUCTION DU PAI

Le PAI est valable pour un niveau scolaire (maternelle, primaire, collège, lycée) à condition qu'il n'y ait pas de changement d'établissement au cours du niveau scolaire et pas de modifications majeures de traitement ou de prise en charge (un changement de dose n'implique pas un nouveau PAI).

Pour la reconduction, transmettre à l'établissement scolaire, une ordonnance récente précisant le(s) médicament(s) à administrer dans le cadre du PAI, la dose à donner et le mode d'administration. S'assurer que ces médicaments, fournis dans leur boîte d'origine ont une date de validité couvrant l'année scolaire; à défaut, la date de péremption sera régulièrement vérifiée par les parents.

**Vérification annuelle (année N + 1) obligatoire par le chef d'établissement/ directeur d'école, des éléments du PAI fournis par la famille dont le protocole d'urgence et/ou ordonnance actualisés :**

Date de reconduction					
Année scolaire					
Classe					
Modification protocole/ posologie : oui/non					
Signature du directeur / chef d'établissement					

**Tableau à dater et à signer par les intervenants autour de l'élève, à chaque rentrée scolaire (année N+1) dans le cadre d'une reconduction simple du PAI :**

Année scolaire	Enseignant de la classe ou professeur principal	Responsable du service de restauration	Responsable des autres temps périscolaires	Infirmière de l'éducation nationale	Autres : Infirmière libérale, SESSAD, Kiné
20 ..../20....					
20..../20....					
20..../20....					
20..../20....					
20..../20....					

**Pour rappel :**

**Un nouveau PAI doit être intégralement rédigé sur une nouvelle trame de PAI : au début de chaque période scolaire (maternelle, élémentaire, collège, lycée), à chaque changement d'établissement scolaire et à chaque évolution de la pathologie justifiant une mise à jour complète du PAI**

## CONSIGNES A APPLIQUER DANS LE CADRE D'UN PAI

**En l'absence d'élément nouveau (hors changement de posologie des traitements), ce PAI sera valable pendant toute la scolarité de l'élève au sein de cet établissement, sous réserve que :**

- les parents fournissent une ordonnance récente (si traitement prescrit) en début de chaque année scolaire au chef d'établissement et que les modifications éventuelles de posologie soient indiquées sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document.

- et que le volet « vérification annuelle obligatoire » sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document soit signé par le directeur ou le chef d'établissement.

**En cas de modifications des besoins de l'élève, le médecin coordonnateur actualisera le PAI et les parents transmettront les nouveaux éléments au chef d'établissement qui enverra une copie signée au Centre Médico-Scolaire.**

### Mesures pratiques



(A Compléter)



Médecin traitant :

Cette trousse suivra l'élève dans tous ses déplacements

NOM, Prénom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : .....



Les médicaments, l'ordonnance, et un double de ce PAI seront placés dans une/des **trousse(s) d'urgence** étiquetée(s) au nom de l'élève fournie(s) par les responsables légaux



En cas de déplacement (sortie scolaire, EPS...) toujours prendre un **téléphone portable** pour alerter les secours en cas de besoin  
Noter les **numéros de téléphone d'urgence** et les coordonnées des partenaires du PAI



La **date de péremption** des médicaments sera régulièrement vérifiée par les responsables légaux qui assureront leur **renouvellement**



Le chef d'établissement veille à la **transmission des consignes** au personnel (titulaire et remplaçant) et aux accompagnateurs et personnels de la structure d'accueil en cas de sortie scolaire. Il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe éducative prennent connaissance de ce PAI sous format papier ou numérique



La/les trousse(s) d'urgence sera(ont) rangée(s) dans un endroit non accessible aux enfants et connu de toute personne susceptible d'avoir recours aux médicaments d'urgence



**En cas de voyage scolaire**  
**Penser à prendre l'éventuel traitement médical quotidien** (avec demande écrite des parents et ordonnance du médecin traitant)  
**Anticiper les activités supplémentaires prévues** qui pourraient être contre-indiquées

Lieux :

.....  
.....

Traitement prescrit:.....

Modalité de prise du traitement: **respecter la prescription jointe**

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

Précautions particulières associées à la prise du traitement :

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

*L'ordonnance du médecin doit être jointe au PAI.*

**Dans le 1<sup>er</sup> degré : Les médicaments concernés sont remis à l'enseignant qui donnera le traitement**

**En son absence, le traitement sera donné par .....**