

MODÈLE DE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

QU'IL CONVIENT D'ADAPTER À CHAQUE PATHOLOGIE

Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé 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, toutes informations pouvant être utiles 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 au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent

Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003(Bulletin Officiel n° 34 du 18/09/2003)

Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Age :

Classe : Sexe :

Année scolaire du 1^{er} PAI.....

PAI reconduit pour l'année scolaire.....

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 la santé 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. Les personnels sont eux même 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....., père, mère, 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.....Tél :.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil scolaire et périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus

dans ce document.

Signature du représentant légal :

Photo

Nom : Prénom :
Etablissement : Tél.....
Adresse de l'établissement :
Chef d'Etablissement/Directeur d'Ecole :
Mairie de :
Médecin de l'éducation nationale.....
Lieu où il peut être joint :
Tél :

PERSONNES A PREVENIR

LES URGENCES :

SAMU sur téléphone standard 15

SAMU sur téléphone portable 112

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

Monsieur Madame

Nom

Téléphone domicile

Téléphone travail

Téléphone portable

LE MEDECIN TRAITANT :

Nom

Adresse

Téléphones

LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :

Nom

Adresse

Téléphones

Nom : Prénom :

Raisons motivant cette démarche :

_ Organisation :

_ Prise en charge orthophonique :

_ Nom de l'orthophoniste :

_ Fréquence des interventions sur le temps scolaire :

.....

.....

_ Jours et horaires des interventions.....

.....

.....

_ Lieu d'intervention :

.....

.....

_ Autres prises en charge :

Nom : Prénom :

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à

le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Le : A.....

Responsable de l'établissement Médecin de l'éducation nationale :

Ou de l'école :

Maire ou son représentant : L'orthophoniste :

Enseignant de référence : Infirmière :

Autres :

.

2 - Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- . Horaires adaptés
- . Double jeu de livres
- . Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- . Mobilier adapté
- . Lieu de repos
- . Aménagement des sanitaires
- . Attente à éviter au restaurant scolaire
- . Nécessité d'un régime alimentaire
- . Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- . Local pour la kinésithérapie ou les soins
- . Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- . Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaire
- ..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
- . Demande de tiers-temps aux examens
- . Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile

Autre

3 - Prise en charge complémentaire médicale

- . Intervention d'un kinésithérapeute : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours
- . Intervention d'un personnel soignant : coordonnées lieu d'intervention, heures et jours

Pédagogique

- . Soutien scolaire : matières, heures
- . Assistance pédagogique à domicile : intervenant et modalités
- . Prise en charge en orthophonie : coordonnées, lieu d'intervention et horaires

4 - Traitement médical

1. (selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté au médecin de la collectivité)

Nom du médicament

Doses, mode de prise et horaires

Lieu de rangement de la trousse de médicaments (hors portée des élèves)

2. Nécessité de boire pendant le temps scolaire : oui/non

3. Education physique et sportive : préciser adaptation nécessaire :

Conditions particulières ?

. Autre : (à préciser)

Date :