

## PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

### l'enfant ou l'adolescent concerné

NOM, PRÉNOM : ..... classe : .....  
né le : .....  
nom de la collectivité d'accueil : .....  
adresse : .....  
téléphone : .....  
Horaires de présence à l'école: matin..... après-midi.....  
Restauration scolaire :  oui  non  
Présence périscolaire : garderie, CLAE, études  oui  non

### les responsables de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence

NOM : .....	NOM : .....
PRENOM.....	PRENOM.....
Qualité .....	Qualité .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
tel domicile.....	tel domicile.....
tel professionnel : .....	tel professionnel.....

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant : .....

*La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé sur évoluant une longue période, afin que la collectivité d'accueil puisse intervenir en cas d'urgence et lui permette de suivre son traitement et/ou son régime.*

Je soussigné....., père, mère, tuteur, certifie que mon enfant souffre de .....

et demande pour lui la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement scolaire : école, cantine, temps périscolaire  
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et administrer les traitements prévus dans ce document

Signature :

Date :

### Si nécessité d'appeler les services d'urgence :15 ou 112 (portable)

- Demander le médecin régulateur qui apportera aide et conseil
- Signaler la raison du PAI
- Donner des réponses brèves et précises aux questions posées,
- Ne pas raccrocher avant que le médecin régulateur vous le dise.

**PROTOCOLE D'URGENCE**  
(Circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

NOM :	Prénom :	Poids :
Né (e) le :	Ecole :	Classe :

<b>SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER</b>	<b>CONDUITE A TENIR</b>
<b>Signes nécessitant une surveillance plus attentive, et/ou traitement.</b>	Noter l'heure Prévenir les parents
<b>Signes nécessitant des mesures à prendre en urgence.</b>	appeler le SAMU : 15 ou 112 (tel. Portable)*

**ORDONNANCE JOINTE** (en cas de prise de médicaments nécessaire pendant le temps de présence de l'enfant dans la Collectivité d'accueil)

Date :

CACHET du MEDECIN, signature

NOM :

PRENOM :

DATE :

**MEDICAMENTS à disposition dans L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**

**Lieu de rangement :** (accessible aux adultes en charge de l'enfant sur tout le temps de présence de l'enfant à l'école) :

NOM	POSOLOGIE	Mode de prise	personnel chargé d'administrer le traitement
1			
2			
3			
4			

**BESOINS SPECIFIQUES 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
- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Aménagement des sanitaires
- Attente à éviter au restaurant scolaire
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Nécessité d'un local (pour le repos, les soins, la kinésithérapie, la réserve d'oxygène...)
  
- Aménagement de l'éducation physique et sportive : selon l'avis du médecin qui suit l'enfant
  
- Classe transplantée, sortie scolaire, déplacements : faire suivre le PAI, le traitement, se renseigner sur les services de soins de proximité, les modalités d'accueil, de transport, de restauration si nécessaire...
- Demande d'aménagement pour les examens
- Nécessité de mise en place d'une assistance pédagogique à domicile
- Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaire

**PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE, sur le temps scolaire**

(Préciser les modalités : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours)

**Intervention para médicale**

**Aménagement Pédagogique**

NOM - Prénom de l'élève :

**Trousse d'urgence :**

- La trousse d'urgence est fournie par les parents.
- Les parents fournissent les médicaments, il est de **leur responsabilité de vérifier les dates de péremption.**
- La trousse d'urgence contient un double de ce document en totalité + ordonnance
- **Elle sera emportée lors de toutes les sorties pédagogiques**

➤ **Les parents s'engagent** à informer le directeur ou chef d'établissement en cas de changement de la prescription médicale.

➤ **En cas de remplacement d'enseignant ou de tout personnel**, le directeur transmettra l'information.

**SIGNATURES**

Signataires	Date du 1 <sup>er</sup> PAI	Dates des renouvellements			
<b>Représentants légaux</b>					
Père					
Mère					
Elève majeur / Autres					
<b>Etablissement Ecole</b>					
Chef d'établissement Directeur d'école					
Professeur principal					
Infirmier(ère)					
Professeur D'E.P.S					
<b>Partenaires</b>					
Médecin traitant ou spécialiste					
Intervenants extérieurs					
Maire ou Responsable de la restauration					
Maire ou Responsable du service périscolaire					
<b>Médecin de l'E.N</b>					