

## NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DES FAMILLES

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Conforme au B.O. n°34 du 8/09/2003  
Enfants et adolescents atteints de troubles de la santé

### PROCEDURE

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est rédigé à la demande de la famille lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite des aménagements dans l'école ou dans l'établissement scolaire.

Promotion de la Santé en  
Faveur des Elèves

Dossier suivi par :  
Madame C. CHEYLAN  
Médecin Conseiller Technique  
Responsable Départementale

☎ 02.40.37.32.53  
Secrétariat ☎ 02 40 37 32 60  
[christine.cheylan@ac-nantes.fr](mailto:christine.cheylan@ac-nantes.fr)

Service départemental de  
l'éducation nationale  
BP 72616  
44326 NANTES CEDEX 3

1. Le PAI **initial** qui organise l'accueil de l'élève sera **valable pour tout le cursus de l'élève dans un établissement donné.**
2. **A chaque rentrée scolaire, le PAI sera reconduit sous réserve\*** de la production par les parents, pour l'établissement scolaire, des éléments suivants :
  - La demande de reconduction du PAI signée par les parents
  - Le Protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence actualisé (ou l'ordonnance médicale).
  - Le renouvellement des médicaments détenus dans l'établissement (pour respecter la durée de validité des médicaments).

#### Attention :

#### Il relève de la responsabilité des parents de s'assurer chaque année que :

- Le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence remis à l'établissement est suffisamment lisible et détaillé (description des signes cliniques nécessitant une prise de médicaments et posologie des traitements), pour pouvoir être mis en application par tout adulte de l'établissement, amené à donner en cas de besoin les médicaments à l'élève. Dans le cas contraire il revient à la famille de faire les démarches auprès du médecin prescripteur pour faciliter la lecture des documents.
- Les médicaments fournis ne sont pas périmés et seront renouvelés en cours d'année si nécessaire.
- Les changements dans les coordonnées téléphoniques des parents ont été signalés (pour pouvoir vous joindre en cas d'urgence).
- La trousse d'urgence remise à l'établissement en début d'année contient bien l'ensemble des médicaments cités dans le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence et que les dosages sont ceux inscrits sur le protocole.



Si utilisation de médicaments « génériques » demander au pharmacien de noter sur la boîte le nom du médicament correspondant.

#### 3. Le PAI pourra être revu par le médecin de l'éducation nationale à la demande de la famille en cas de :

- Changement important de la prise en charge médicale ou paramédicale, suite à une évolution notable de la maladie de l'élève.
- Changement d'établissement scolaire.

Année scolaire 20.../20...

**DEMANDE DE MISE EN PLACE**
  
**D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)**
  
**A REMPLIR par la FAMILLE et à remettre au Directeur de l'école**
  
**ou au Chef d'établissement qui transmettra au MEDECIN SCOLAIRE**
  
**POUR REDACTION DU PAI : Dr Sylvie BERTON Collège Cacault 8 Route de Gorges**
  
 44190 CLISSON ou par mail : [sylvie.berthon@ac-nantes.fr](mailto:sylvie.berthon@ac-nantes.fr) ou [cms.clisson@ac-nantes.fr](mailto:cms.clisson@ac-nantes.fr)

**ATTENTION**

**Le PAI sera signé par le médecin de l'éducation nationale et mis en œuvre dans l'établissement uniquement lorsque la famille aura remis à l'établissement scolaire :**

- ✓ Les 2 formulaires remplis :
  - l'autorisation parentale et les coordonnées des référents santé de l'enfant.
  - le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence, (ou l'ordonnance) complété par le médecin qui suit l'enfant (cf. exemple joint).
- ✓ Les médicaments dans une trousse au nom de l'enfant.

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) ..... Père ou Mère ou Tuteur Légal
   
 de **L'ENFANT (Nom et Prénom) :** ..... né(e) le : .....
   
 Adresse..... Commune.....
   
 Fréquentant l'école/Etablissement : ..... en classe de : .....

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE OU AUTRE PERSONNELS :**

1. À administrer le ou les médicaments prescrits par le médecin traitant ou spécialiste, nécessaires à notre enfant en cas d'urgence, selon le protocole d'intervention joint au PAI :

- sur le temps scolaire                    oui             non
- sur le temps de 12h à 14h            oui             non

2. Je m'engage à faire connaître :

- toute modification du traitement ou du régime d'éviction alimentaire
- à renouveler les médicaments périmés et la trousse aux dates requises

**COORDONNEES DES REFERENTS SANTE de L'ENFANT**

**A contacter en cas d'urgence** (numéroter par ordre de priorité)

- ☎ Mère /domicile : .....portable : ..... travail : .....
- ☎ Père/ domicile : .....portable : ..... travail : .....
- Médecin traitant : ☎ .....
- Médecin spécialiste : ☎ .....
- SAMU : 15
- Service hospitalier : ☎ .....

A ....., le .....

Les Parents ou tuteur légal

## PRISE DE TRAITEMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE POUR UNE MALADIE DE LONGUE DUREE

Circ. N° 92-194 DU 29 JUIN 1992  
Circ. N° 2003-135 du 08/09/2003

NOM élève : .....PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ÉTABLISSEMENT : .....

NOM DE L'ENSEIGNANT : ..... CLASSE : .....

### Partie à remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui suit l'enfant

#### 2 - SIGNES D'APPEL HABITUELS MOTIVANT LA PRISE DU TRAITEMENT

-  
-  
-  
-

#### 3 - CONDUITE à TENIR en CAS DE CRISE (médicaments à administrer, posologies exactes, Chambre d'inhalation, renouvellement de la prise si nécessaire...)

-  
-  
-  
-

#### 4 - APTITUDE à L'EPS ET TRAITEMENT ÉVENTUEL avant et/ou après LE SPORT

-  
-

LIEU DE STOCKAGE DES MEDICAMENTS : .....



**Les médicaments doivent être emportés lors des déplacements scolaires  
DEVANT TOUT SYMPTÔME INQUIÉTANT PAR SON INTENSITÉ OU SA DURÉE  
OU SI ÉCHEC DU TRAITEMENT : APPELER LE 15 ET PREVENIR LES PARENTS**

- A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM DES PARENTS .....

Parents : Domicile :

SAMU : 15

Travail : Père :

Portables : Père :

Mère :

Mère :

DATE -

SIGNATURE DES PARENTS -

TAMPON et SIGNATURE-  
Du médecin traitant/ spécialiste

SIGNATURE DE LA MAIRIE  
Pour le temps péri scolaire



**AUTORISATION PARENTALE**  
**Pour prise de médicaments sur le temps scolaire**  
**pour une maladie de longue durée**

Année 20.. / 20..

**Je soussigné(e) :** ..... **père, mère ou tuteur légal**  
**de l'enfant :** ..... **né(e) le :** .....  
**Fréquentant l'établissement :** .....  
**en classe de :** .....

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS**  
**DE L'EDUCATION NATIONALE**  
**OU LES PERSONNELS DU TEMPS SCOLAIRE OU PERISCOLAIRE :**  
**( Rayer la mention inutile)**

**1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et prescrits par le médecin traitant ou spécialiste.**

- |                             |            |            |
|-----------------------------|------------|------------|
| - sur le temps scolaire     | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - sur le temps de 12h à 14h | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - sur le temps périscolaire | <b>oui</b> | <b>non</b> |

**2. Je m'engage à faire connaître :**

- **toute modification du traitement**
- **à renouveler les médicaments périmés aux dates requises**

**A ....., le .....**

**Signature des Parents ou tuteur légal**

En référence à la Circulaire de l'éducation nationale N° 2003-135 sur le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :  
Les parents (ou à leur demande, le directeur) communiquent un double de l'ordonnance détaillée au  
médecin de l'Education Nationale ou au médecin de PMI, qui prendra si nécessaire des renseignements  
complémentaires.

Ce formulaire ne peut pas s'appliquer à la prise occasionnelle de médicaments après une maladie aiguë,  
situation qui n'est pas prévue par les textes réglementaires et doit être évitée.