****

**Demande des représentants légaux**

Nous, soussignés..........................................................................................................................................

représentants légaux, demandons pour notre enfant :..................................................................................

…..................................................................................... né(e) le .............................................................

Scolarisé(e) en classe de ….........................................................................................................................

Établissement/École ….................................................................................................................................

la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour l'année scolaire 20...../20..... à partir de la

prescription médicale et/ou du protocole d'intervention

du Docteur …..................................................................... Tél. :.................................................................

Date et Signatures des représentants légaux :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient aux représentants légaux qui demandent la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Si les représentants légaux le jugent nécessaire, ils peuvent adresser sous pli cacheté les informations qu'ils souhaitent transmettre au médecin de l'Éducation nationale.

**DATE DE LA RÉDACTION DU PAI** :

***(Document établi à la demande des représentants légaux et à partir des informations fournies par ceux-ci)***

**L'ÉLÈVE CONCERNÉ**

1. NOM/PRÉNOM :

2. DATE DE NAISSANCE :

3. CLASSE :

4. NOM DE L'ÉCOLE OU ÉTABLISSEMENT/ADRESSE/TÉL. :

5. RESTAURATION SCOLAIRE : OUI / NON (*barrer la mention inutile*)

**LES PARTIES PRENANTES**

NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :

REPRESENTANTS LÉGAUX (nom, prénom, adresse et téléphone domicile et travail)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
| **Nom – Prénom** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Tél. domicile et/ou portable** |  |  |
| **Téléphone du travail** |  |  |

MÉDECIN de l'ÉDUCATION NATIONALE ou de PMI

Nom et téléphone :

Attache administrative :

INFIRMIER(E) de l'ÉDUCATION NATIONALE ou de PMI

Nom et téléphone :

Attache administrative :

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE OU AUTRE SPÉCIALISTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MÉDECIN SPÉCIALISTE****MÉDECINE GÉNÉRALE** | **AUTRE MÉDECIN SPÉCIALISTE** |
| **Nom – Prénom** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |

SERVICE HOSPITALIER

Référent (nom, prénom, adresse et téléphone) :

AUTRES INTERVENANTS (Responsable de la Municipalité, Responsable de la restauration collective...) :

**POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNÉS PAR UN PAI**

 **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin lorsqu'il y a un protocole d'urgence**

  Indiquer l'endroit où est déposée la trousse d'urgence : …...................................................................................

  La trousse est fournie par les représentants légaux et doit contenir un double du PAI avec le protocole

 d'urgence et l'ordonnance de prescription en cours de validité.

  Les représentants légaux fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de

 péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

  Les représentants légaux s'engagent à informer le Directeur d'école, le Chef d'établissement et/ou le Médecin

 de l'Éducation nationale, de PMI ou de l'Institution en cas de changement de la prescription médicale.

  La trousse d'urgence doit toujours suivre l'enfant.

 **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

 Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer

  Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document

  Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

 **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**

Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire, du responsable de la restauration collective ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI mis en place sur le temps scolaire.

 **Rappel**

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient aux représentants légaux qui demandent la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Si les représentants légaux le jugent nécessaire, ils peuvent adresser sous pli cacheté les informations qu'ils souhaitent transmettre au médecin de l'Éducation nationale.

**BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT**

**OU DE L'ADOLESCENT DANS LA COLLECTIVITÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1/ Horaires adaptés (*joindre l'emploi du temps*) |  |
| 2/ Double jeu de livres, +/- casier |  |
| 3/ Mobilier adapté |  |
| 4/ Lieu de repos à prévoir |  |
| 5/ Aménagement des sanitaires |  |
| 6/ Attente à éviter au restaurant scolaire |  |
| 7/ Nécessité d'un régime alimentaire |  |
| 8/ Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin |  |
| 9/ Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant) |  |
| 10/ Local spécifique pour la réalisation de contrôles glycémiques |  |
| 11/ Local pour la kinésithérapie ou les soins |  |
| 12/ Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur |  |
| 13/ Ne pas utiliser de coquilles de noix ou de noisettes lors des activités d'arts plastiques Éviter l'élevage d'animaux en classe |  |
| 14/ Protocole d'urgence joint |  |
| 15/ Prescription médicale sans protocole d'urgence (ordonnance à joindre qui précise les signes d'appel, la posologie, le mode d'administration) |  |
| 16/ Aménagements complémentaires |  |
| 17/ Prévoir la mise en place de l'assistance pédagogique à domicile |  |
| 18/ Autres (à préciser) …...............................................................................................................…................................................................................................................................................... |  |

**NOMBRE DE CASES COCHÉES : …..../18**

**SIGNATURE DES PERSONNES CONCERNÉES**

Les personnels enseignants et non enseignants de l'établissement sont en première ligne pour prendre les décisions selon le projet d'accueil individualisé (la signature des représentants légaux valant demande à leur égard).

Un accès téléphonique avec les services d'urgence 15 (112 en Europe) doit toujours être possible.

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à les communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

**Date**:

1 – Le directeur d'école ou les chef de l'établissement :

2 – Les représentants légaux ou le jeune majeur :

3 – Le médecin spécialiste en médecine générale :

4 – Le médecin spécialiste dans la pathologie de l'enfant :

5 – Le médecin de l'Éducation nationale

6 – L'infirmier(ère) de l'Éducation nationale

7 - Les autres partenaires impliqués (institutionnels et/ou extra-institutionnels):

***Nouvelle ordonnance médicale à joindre***

**PROTOCOLE D'URGENCE**

**rédigé et signé par le médecin spécialiste en médecine générale ou autre spécialiste**

 **effectuant le suivi médical de l'enfant**

Toujours informer le SAMU de l'existence de ce document

et s'assurer de toujours avoir un accès téléphonique

**1/ CONDUITE À TENIR**

|  |  |
| --- | --- |
| SYMPTOMES VISIBLES | MESURES À PRENDRE POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT(position de l'enfant, médicaments, personnes à prévenir) |
| Signes d'appel Mineurs : (nécessitant une surveillance plus attentive) |  |
| Signes d'appel Majeurs : (nécessitant des mesures à prendre en urgence) | **APPEL DU 15** |

**2/ MÉDICAMENTS À ADMINISTRER PAR LES PERSONNELS DE L'ÉCOLE/ ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DANS LE CADRE DU PROTOCOLE D'URGENCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOM DU MÉDICAMENT** | **POSOLOGIE** | **VOIE D'ADMINISTRATION** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Joindre l'ordonnance de prescription des médicaments***

DATE/SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN

**AMÉNAGEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

**1/ APTITUDES SPORTIVES**

**Inaptitude partielle** : OUI/NON (barrer la mention inutile)

Préciser les activités possibles :

….....................................................................................................................................................................

….....................................................................................................................................................................

**Inaptitude totale**: OUI/NON (barrer la mention inutile)

**2/ RÉGIME ALIMENTAIRE**

 Restaurant scolaire (**cocher la mention retenue**) :

  Non autorisé

  Paniers repas seuls autorisés

  Régime spécifique nécessaire : ….......................................................................................................

  Menu habituel avec éviction d'un aliment : …......................................................................................

  Éviction de l'aliment par l'élève lui-même (dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée)

  Autre (préciser)...................................................................................................................................

 Les goûters (**cocher la mention retenue**) :

  Goûters festifs ou à thème autorisés

  Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

 Possibilité de se réhydrater en classe 

3/ **PRISES EN CHARGE COMPLÉMENTAIRES : KINÉSITHÉRAPIE, SOINS INFIRMIERS...**

\*Type

\*Fréquence et Horaires

\*Lieu des interventions

DATE/SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN