

# Projet d'Accueil Individualisé

## Mission de promotion de la santé en faveur des élèves

"L'oiseau de feu".  
113, Rue H. Poincaré - La Rode.  
83000 TOULON.

Tél : 04 98 00 61 20  
Fax : 04 98 00 97 90



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire N°2003-135 du 08.09.2003  
Encart B.O. EN N°34 du 18 septembre 2003

### L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

Nom ..... Prénom .....

Nom des parents ou du responsable légal .....

Date de naissance .....

Adresse  
.....  
.....

Téléphone domicile ..... Travail .....

Collectivité d'accueil :

- école                       établissement scolaire                       établissement d'accueil de la petite enfance

### 1 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant :

Les parents .....

Le responsable de la collectivité .....

Le médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité .....

Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie .....

Le service hospitalier .....

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

- Horaire adaptés.
- Double jeux 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 adopter 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.

## 3 - Prise en charge complémentaire :

### Médicale :

Intervention d'un kinésithérapeute : .....

Coordonnées : .....

Lieu d'intervention : .....

Heures ..... Jours .....

Intervention d'un personnel soignant :

Coordonnées : .....

Lieu d'intervention : .....

Heures ..... Jours .....

### Pédagogique :

Soutien scolaire : Matière ..... Heures .....

Assistance pédagogique à domicile :

Intervenant : .....

Modalités : .....

Prise en charge en orthophonie :

Coordonnées : .....

Lieu d'intervention : .....

Heures ..... Jours .....

#### 4 - Traitement médical :

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

Nom du médicament : .....

Doses : ..... Mode de prise : .....

Horaires : .....

#### 5 – Régime alimentaire :

(selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

Paniers repas.

Suppléments caloriques (fourni par la famille).

Collations supplémentaires (fourni par la famille) – Horaire à préciser : .....

Possibilité de se réhydrater en classe.

Autre (à préciser) : .....

#### 6 – Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI.

(à faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil)

- Signes d'appel : .....

- Symptômes visibles : .....

- Mesures à prendre dans l'attente des secours : .....

#### 7 – Référents à contacter :

Appels : (Numéroté par ordre de priorité)

Parents ou tuteur, Tél. domicile : ..... Tél. travail .....

Médecin traitant : ..... Tél. ....

Médecin spécialiste : ..... Tél. ....

SAMU : 15 ou 112 portable

Pompiers : .....

Service hospitalier : ..... Tél. ....

#### Signataire du projet :

Les parents ou représentant légal : .....

L'enfant ou l'adolescent : .....

Le responsable de l'institution : .....

Les personnels de santé :

Médecins : ..... Infirmières : .....

Le représentant de la municipalité : .....

Date : .....