

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### Élève

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etablissement scolaire :

#### Responsables légaux ou élève majeur :

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	✉ Tmail	☎ N° Téléphone	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

	PAI 1 <sup>ère</sup> demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

#### Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place.

Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Chef d'établissement</b>				
<b>Directeur d'école</b>				
<b>Directeur d'établissement</b>				
<b>Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure</b>				
<b>Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				
<b>Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				

**Partenaires :**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Médecins traitants, services hospitaliers</b>				
<b>Représentant du service de restauration</b>				
<b>Responsable des autres temps périscolaires</b>				
<b>Autres :</b>				

Nom de l'élève :

**PARTIE 2 – AMÉNAGEMENTS ET ADAPTATIONS**

**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE [! STRUCTURE ou à préciser :**

**I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

**II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)

Préciser :

*Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS*

**III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

**IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.**

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

*Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :*

**V. Restauration**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective</li> <li><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration</li> <li><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution</li> <li><input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la Famille</li> <li><input type="checkbox"/> Boissons</li> <li><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier</li> <li><input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation</li> </ul>
--	--

Préciser :

Nom de l'élève :

## VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) :  oui  non

Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

Surveillances particulières :  oui  non

- Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement  oui  non

- Préciser :

*Protocole joint*  oui  non

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin :  oui  non

- Préciser :

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

### Trousse d'urgence :

- Existence d'une trousse d'urgence :  oui  non

- Contenu de la trousse d'urgence :

- PAI obligatoirement  Ordonnance  Traitements  Pli confidentiel à l'attention des secours

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :

- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » :  oui  non

- Autre trousse d'urgence dans l'établissement :  oui  non

Préciser :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées autype d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Nom de l'élève :

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes

#### Fiche Standard

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.

Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
		<input type="checkbox"/> :
		<input type="checkbox"/> :

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :	→	<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :		<input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> :		

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint :  OUI  NON

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 01

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence** de l'enfant ainsi qu'un **téléphone portable**.

**Ne pas quitter l'enfant.**

#### Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Gêne respiratoire <input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Respiration sifflante <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Autre :	⇒ Asseoir l'enfant au calme, le/la rassurer, noter l'heure  ⇒ Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise, au calme.	<input type="checkbox"/> Faire inhaler bouffées de <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation La procédure est la suivante : (cf. QR code ci-contre) - Dans tous les cas, secouer le spray - Si utilisation d'une chambre d'inhalation, placer le spray dans la chambre. - Placer le masque/embout buccal sur le visage - Appuyer UNE fois sur le spray et laisser respirer l'enfant calmement 5 fois - Recommencer autant de fois que noté <input type="checkbox"/> Autre :
Si dans les minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		<input type="checkbox"/> Refaire inhaler bouffées de toutes les minutes pendant <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) <input type="checkbox"/> Autre :



#### Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
<input type="checkbox"/> Sans amélioration dans les minutes  <input type="checkbox"/> Si apparition de signes de gravité (Assis et penché en avant a du mal à parler et à tousser/ Sueurs/Agitation/Trouble de la conscience/ Pauses respiratoires/...)	⇒ APPELER le <b>SAMU (15 ou 112)</b> et suivre les consignes données  ⇒ Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise, au calme.	<input type="checkbox"/> Continuer à faire inhaler bouffées de toutes les minutes jusqu'à l'arrivée des secours <input type="checkbox"/> Dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) <input type="checkbox"/> Traitement complémentaire par :

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

**Les éléments médicaux complémentaires utiles sont transmis au médecin de l'EN par la fiche de liaison disponible en ligne. Un courrier médical à l'attention des services de secours peut également être joint sous pli cacheté. Courrier et/ou fiche de liaison joints : OUI NON**

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

### 3 – CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 02

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

**Enfant allergique à :**  
**Consommation autorisée** des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution  
(« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... ») ?  oui  non

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable. **Ne pas quitter l'enfant.**  
**La réaction a lieu dans les minutes suivant l'exposition. Evaluer immédiatement la gravité de la réaction :**

#### La réaction est GRAVE

##### Si 1 seul des signes parmi les suivants

- Il respire mal et sa voix change
- Il respire mal et il siffle ou il tousse
- Il a très mal au ventre, il vomit de façon itérative
- Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu le démangent
- Il se sent mal ou bizarre
- Il fait un malaise

La réaction est d'autant plus grave que plusieurs de ces signes sont associés



#### LES BONS REFLEXES

1. Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer
2. Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse. *Spécialité :*
3. Puis appeler le SAMU (15 ou 112)
4. Si gêne respiratoire : faire inhaler bouffées de avec la chambre d'inhalation (5 respirations après chaque bouffée) – à répéter selon la gêne après 10 à 15 minutes

En attendant les secours, une 2<sup>ème</sup> injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes ou plus

#### La réaction est MODEREE

- Sa bouche pique, ses lèvres gonflent
- Ses yeux piquent, son nez coule
- Des plaques rouges démangent de façon localisée
- Il a un peu mal au ventre et/ou il a envie de vomir
- Autre :

Mais il parle bien et il respire bien



#### LES BONS REFLEXES

1. Traitement anti-histaminique par voie orale :
2. Surveiller l'enfant jusqu'à la disparition des symptômes
3. Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
4. Autre :

**EN L'ABSENCE D'AMELIORATION**  
OU SI APPARITION D'UN NOUVEAU SIGNE  
EVALUER DE NOUVEAU LA GRAVITE DE LA REACTION POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

**Les éléments médicaux complémentaires utiles (restauration scolaire...) sont transmis au médecin de l'EN par la fiche de liaison disponible en ligne. Un courrier médical à l'attention des services de secours peut également être joint sous pli cacheté.**

Courrier et/ou fiche de liaison joints :  OUI  NON

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

### Annexe : Modalités de l'injection de l'adrénaline selon la présentation du produit



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille.



Retirer le bouchon protecteur.



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse.



Appuyer sur le bouton rouge et maintenir appuyé 10 sec. Puis masser la zone d'injection.



Enlever le bouchon blanc.



Placer le stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement et maintenir appuyé pendant 5 secondes



Puis masser la zone d'injection



Enlever Le capuchon bleu



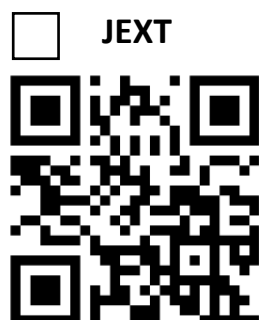
Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Enfoncer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes



Puis masser la zone d'injection



Enlever le bouchon jaune.



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement sur la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes.



Puis masser la zone d'injection.

Nom/ Prénom :





**Direction de l'Education et petite Enfance**  
**Direction de l'Enfance et Accueil famille**  
Le Florus Bât. C Place Mangin 83600 FREJUS  
Mail : [enfance.education@ville-frejus.fr](mailto:enfance.education@ville-frejus.fr)  
Tél. 04.94.17.66.89  
Ouvert du lundi au jeudi de 8h30 à 12h15 et de  
13h30 à 17h. Le vendredi de 8h30 à 12h15

**Année scolaire : 2023/2024  2024/2025**

**PROTOCOLE DU PANIER REPAS pour les enfants présentant des allergies ou intolérances alimentaires –  
Référence Circulaire du 10-2-2021 – MENJS-DGESCO C2-CT**

**Les parents s'engagent à fournir :**

- La totalité des composants du repas et du goûter, En cas de sortie organisée à la journée, je m'engage à fournir un repas froid et un goûter.
- Les boîtages destinés à contenir les composants et les couverts.
- L'ensemble de ces éléments est rassemblé dans un sac clairement identifié au nom de l'enfant et placé dans un contenant isotherme type glacière. La chaîne du froid doit être respectée de la fabrication du repas par la famille jusqu'à sa présentation à l'enfant lors du déjeuner à l'école ou au centre de loisirs. Les parents s'engagent à nettoyer et à entretenir le contenant, les boîtages et les ustensiles. Ils en assument la pleine et entière responsabilité.

**I. Modalités pratiques**

Le lavage des mains est indispensable avant chaque manipulation.

**II. Réception**

- Seule la personne désignée pour gérer le panier repas ouvre ou manipule le sac que le directeur de l'Accueil de Loisirs lui remet en main propre,
- L'ensemble des éléments constituant la prestation sera rassemblé dans un sac isotherme de type glacière.
- Le contenant unique destiné à l'ensemble des composants et ustensiles sera clairement identifié au nom de l'enfant.

**III. Stockage**

Dès l'arrivée dans l'établissement de l'accueil de loisirs, le sac isotherme sera placé dans un réfrigérateur dédié à l'accueil de loisirs.

**IV. Consommation**

- L'enfant ne consomme que la prestation fournie par la famille. Rien ne doit être donné comme complément ou ingrédients éventuels (sel, poivre, moutarde, gâteau, bonbon, etc.)
- Lorsqu'un composant du repas nécessite un réchauffage, celui-ci sera effectué par la personne chargée de la gestion du panier repas dans un micro-onde uniquement utilisé pour les paniers repas PAL
- Le nettoyage du micro-onde sera effectué par l'agent d'entretien de l'accueil de loisirs.

**V. Retour**

L'ensemble des éléments constituant la prestation sera placé dans le sac isotherme et repris par la famille à la fin de la journée.

**VI. Responsabilités**

La chaîne du froid doit être respectée de la fabrication du repas par la famille jusqu'à sa présentation à l'enfant lors du déjeuner à l'école ou au centre de loisirs.

**Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie fournit les documents médicaux nécessaires sous pli confidentiel :**

- **Ordonnance de moins de 3 mois**
- **Fiche jointe « urgence allergie alimentaire » dûment complétée**

*« Je déclare avoir pris connaissance du présent protocole »*

Nom et Prénom du responsable légal :

Date et signature :