



Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

Année 2026/2027

ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, cantine, temps périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

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

Signatures du PAI et date :

Chef d'établissement

L'enseignant

Adresse de l'établissement : 13 bis rue Saint Simon 78000 Versailles

Chef d'Etablissement : Virginie ROUSSELLIER

Tél : 01 39 50 14 74

Médecin Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau :
		Portable :

PERSONNES A PREVENIR**Les urgences**

Sur téléphone standard ☎	15
Sur téléphone portable 📱	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Pour tous les enfants concernés

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 - Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence.....
 - Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
 - Les parents 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 parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale
- **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
- **En cas de changement d'enseignant**
 - Faire suivre l'information de façon prioritaire
- **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**
 - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI

Besoins spécifiques de l'élève

- **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :**
 - ☐ Non autorisé
 - ☐ Paniers repas seuls autorisés
 - ☐ Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
 - ☐ Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
 - ☐ Autre (préciser).....
- **Les goûters**
 - ☐ Goûters habituels autorisés
 - ☐ Consommation des goûters habituels avec éviction simple
 - ☐ Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève
- **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

 - ☐ Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
 - ☐ Pâtes à modeler
 - ☐ Pâte à sel
 - ☐ Autres (préciser).....
- **Autres aménagements** à détailler
.....

Protocole de soins
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Classe : _____
Etablissement : _____

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : L'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

- ☐ Antihistaminique :
- ☐ Corticoïdes :
- ☐ Broncho-dilatateur :
- ☐ Adrénaline injectable :
- ☐ Autres :

Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant
Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer :

Prises de médicaments régulières sur le temps scolaire			
Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement
1-			
2-			
3-			
4-			

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date : _____ signature et cachet du médecin

à Mme, M

Parents de

Classe