

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003  
(Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

Année scolaire : ..... Classe ou section : .....

Etablissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement : .....

Tél. : .....

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

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

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

Signature des parents ou du représentant légal:

*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.*

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 des personnes concernées :

Signature du directeur  
d'établissement :

Signature du médecin  
de l'éducation nationale ou de l'institution :

Signature du représentant  
de la municipalité :

Signature du médecin traitant :

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**  
 Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003  
 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

**Nom de l'enfant** : ..... **Prénom** : .....

Année scolaire : ..... Classe ou section : .....

Etablissement : .....

Chef d'Etablissement : .....

**Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution,  
 Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé**

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

**1. Coordonnées des personnes à prévenir**

**Le Samu**

<b>Sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>Sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

**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'hématologue qui suit l'enfant**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

## **2. Besoins spécifiques de l'élève et Aménagements spécifiques :**

### **Aménagement de la scolarité et des activités quotidiennes :**

Peuvent être utiles :

- Horaires adaptés : à préciser par le médecin traitant :

.....  
.....

- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin

- Lieu de repos

- Demande de tiers-temps aux examens

- Autres : à préciser par le médecin traitant :

.....  
.....

### **Aménagement des activités physiques et sportives :**

La pratique de l'éducation physique et sportive est autorisée, en dehors des périodes d'aggravation de la maladie qui feront l'objet d'un certificat temporaire de contre indication au sport.

La pratique de l'activité physique et sportive doit être encadrée et adaptée à l'état de fatigue éventuelle de l'enfant

Selon avis du médecin traitant : sports à adapter :

.....  
.....

Un **professionnel des Activités Physiques Adaptées** peut être contacté pour aider à aménager les activités sportives à l'école (conseils, interventions...) au travers de l'association O'CYTO : [contact@o-cyto.org](mailto:contact@o-cyto.org) ou 05 57 82 02 61.

Endurance :  autorisée

Natation :  autorisée

contre-indiquée

contre-indiquée

### **Pour tous les enfants concernés :**

#### **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.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement.

#### **En cas de changement d'enseignant**

Faire suivre l'information de façon prioritaire.

#### **Pour les temps périscolaires 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.

### **3. Régime alimentaire :**

- Normal.
- Régime sans sel, pauvre en sucre.

### **4. Traitement médicamenteux**

- Aucun médicament n'est utile à l'école
- Médicaments utiles selon avis du médecin référent :

Médicaments et Posologie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Selon ordonnance détaillée jointe, transmise au médecin de la collectivité.

Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale



## Modèle de lettre

Mme, Mr.....

Parents de l'Enfant.....

Classe.....

Madame, Monsieur

Vous m'avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter des soins à l'école.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI). Le médecin de l'Éducation Nationale ou le médecin de l'institution est chargé de la rédaction du PAI d'après les informations fournies par le médecin de votre enfant en étroite concertation avec vous, l'infirmière et les personnels concernés.

Pour cela, vous voudrez bien :

- faire compléter le document ci-joint par le médecin de votre enfant.
- joindre un bilan médical récent
- joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence

Ces documents devront être retournés **sous enveloppe cachetée** au médecin de l'Éducation Nationale ou au médecin de l'institution afin d'établir le PAI avec vous.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler.

Le Directeur  
Le Chef d'Établissement

## **Notice d'information à l'attention du personnel de surveillance des garderies périscolaires et de la restauration scolaire**

### **Projet d'Accueil Individualisé**

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003  
(Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

**Nom de l'enfant** : ..... **Prénom** : .....

Etablissement : ..... Année Scolaire : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement : .....

Tél. : .....

En vertu de la réglementation en vigueur peuvent être accueillis dans les restaurants scolaires et/ou les garderies périscolaires des enfants présentant une maladie chronique.

Cet accueil est organisé dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé qui définit de manière précise les conditions de prise en charge de l'enfant.

Il est important que vous preniez connaissance de ce document.

**En cas de malaise, de grande fatigue ou d'autres signes d'alerte** (détaillés dans le protocole d'urgence), il vous revient au même titre qu'à toute personne adulte présente de **prévenir les parents, d'appeler si besoin le SAMU (15 ou 112)** et de suivre strictement les indications dans le cadre du « **protocole d'urgence** »

#### **Secret professionnel :**

Eu égard aux règles strictes du secret professionnel et du devoir de réserve, vous êtes tenu de ne divulguer l'identité d'un enfant malade ou tout autre renseignement d'ordre médical à aucune autre personne que les professionnels avec lesquels vous partagez la prise en charge spécifique de cet enfant, et dans la limite de ce qui est nécessaire.

Le médecin et l'infirmière de l'éducation nationale ou le médecin de l'institution se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.