

# Projet d'Accueil Individualisé

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : ...../...../.....

**Parents ou représentant légal** :

.....

**Adresse** :

.....

.....

**Téléphone** : ..... / .....  
..... / .....

**Collectivité d'accueil**: ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE

## **1. Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant :**

**Parents** : .....

**Directeur/Directrice de l'école** : .....

.....

**Médecin et/ou infirmière scolaire** : .....

.....

.....

**Médecin traitant** : .....

.....

**Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie** : .....

.....

**Service hospitalier** : .....

.....

## **2. Besoins spécifiques de l'enfant :**

- ☐ Horaires adaptés
- ☐ Double jeu 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 adapter selon l'avis du médecin qui suit l'enfant
- ☐ Aménagement des transports: éviter les trajets trop longs et 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 et jours: .....

- ☐ Intervention d'un personnel soignant:

Coordonnées: .....

Lieu d'intervention: .....

Heures et jours: .....

→ **Pédagogique:**

☐ Soutien scolaire:

Matières: .....

Heures: .....

☐ Assistance pédagogique à domicile:

Intervenant et modalités: .....

.....

☐ Prise en charge en orthophonie:

Coordonnées: .....

Lieu d'intervention: .....

Heures et jours: .....

**4. Traitement médical :**

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

Nom du médicament: .....

Doses, mode de prise et horaires: .....

.....

Nom du médicament: .....

Doses, mode de prise et horaires: .....

.....

Nom du médicament: .....

Doses, mode de prise et horaires: .....

.....

**5. Régime alimentaire :**

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

☐ Panier repas

☐ Suppléments caloriques (fournis par la famille)

☐ Collations supplémentaires (fournies par la famille) \_ horaires 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 (numéroter par ordre de priorité) :

### ☐ **Parents ou tuteur :**

Tél. domicile: .....

Tél. travail: .....

Tél. portable: .....

### ☐ **Médecin traitant :** .....

Tél. : .....

### ☐ **Médecin spécialiste :** .....

Tél. : .....

### ☐ **SAMU : 15 ou 112 par portable**

### ☐ **Pompiers :** .....

Service hospitalier: .....

Tél: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date** : ...../...../.....

**Signataires du projet** :

Les parents (ou représentant légal):

La Directrice de l'école:

Personnels de santé :

Représentant de la municipalité :

Garderie, cantine, transports:

.....

.....