



A l'attention des **parents d'élèves** atteints de maladie chronique ou de handicap
Procédure de demande ou de mise en place d'un
Projet d'Accueil Individualisé PAI
Cirulaire du 10-2-2021 (NOR : MENE2104832C)

L'objectif du PAI est d'accueillir des enfants et adolescents atteints de troubles physiques (*allergies, asthme, diabète, épilepsie, drépanocytose, leucémie, etc.*) ou psychiques (*troubles scolaires anxieux, troubles du comportement alimentaire, syndromes dépressifs, etc.*) évoluant sur une période longue, afin de leur permettre de poursuivre leur scolarité dans le cadre de l'École inclusive.

Le PAI est élaboré à la demande des familles, à chaque entrée dans un établissement scolaire, pour toute **la durée de la scolarité dans le même établissement**, sous réserve de la transmission des éléments nécessaires à chaque rentrée scolaire.

Le PAI peut être révisé ou modifié à tout moment de la scolarité en cas d'évolution de la pathologie, de l'environnement et en cas de changement d'école ou d'établissement, voire arrêté à la demande écrite de la famille.

La première année :

La famille fournit à **l'établissement** selon l'organisation locale :

- Le PAI après avoir rempli la partie administrative en page 1 du PAI en ajoutant une adresse mail.
- Le protocole d'urgence rempli par le médecin traitant/spécialiste (page 4 ou annexes),
- Une ordonnance de moins de 3 mois, et les traitements (valables pour l'année scolaire),
- La fiche médicale de liaison ou compte rendu du médecin traitant/spécialiste de la pathologie de l'enfant sous pli cacheté à l'attention du médecin scolaire
- Les annexes selon les besoins de l'enfant : fiche restauration remplie par le du médecin traitant/spécialiste en cas de régime alimentaire, protocoles hospitaliers, courrier sous pli confidentiel à destination du SAMU etc.

Le médecin de l'Education Nationale s'assure de la faisabilité du PAI et remplit la suite du PAI (pages 2 et 3) à partir des éléments fournis par la famille, puis transmet le PAI au **directeur/CE**

La famille s'engage à fournir au directeur/CE les traitements correspondants au PAI ainsi établi.

Les années suivantes

La famille fournit chaque année, au directeur/Chef d'Etablissement une nouvelle ordonnance de moins de 3 mois, le traitement correspondant et la page 4 ou les annexes, actualisées par le médecin traitant/spécialiste (si nécessaire) et **signale toute modification**.

Le directeur/Chef d'Etablissement avec l'aide de **l'Infirmière scolaire** vérifie la cohérence des documents fournis avec le traitement (durée péremption, posologie) et sollicite le médecin de l'Education Nationale en cas de besoin via le **secrétariat médico-scolaire**.

Dr **Médecin de l'Education nationale**

PROTOCOLE PAI
Circulaire du 10-02-2021

Le directeur / chef d'établissement (CE):
Informe les familles sur les
Démarches pour la mise en place du PAI

La 1^{ère} année dans
l'établissement

Les années suivantes
dans l'établissement

La famille demande la
poursuite du PAI

La famille demande
l'arrêt du PAI

La famille :
Remplit la page 1 du PAI
Fournit le protocole rempli par le
médecin traitant (page 4), une
ordonnance de moins de 3 mois, le
traitement, la fiche médicale de liaison
+/- la fiche restauration

Modification du PAI

Pas de modification
du PAI

Le médecin EN :
Remplit la partie 2 à partir des
éléments fournis par la famille
Transmet le PAI au directeur/CE

La famille fournit les
documents **mis à jour** soit :
Le protocole rempli par le
médecin traitant (page 4),
l'ordonnance, le traitement,
la fiche médicale de liaison
+/- la fiche restauration

La famille fournit : Une
nouvelle ordonnance
de moins de 3 mois, le
traitement et la page 4
actualisée par le
médecin traitant (si
nécessaire)

L'infirmier EN :
Participe évaluation et mise en œuvre
PAI, Formation des personnels
Accompagnement de l'élève

Le secrétaire EN :
Gestion administrative du PAI

Le directeur / chef d'établissement:
Suivi et mise en œuvre du PAI
Transmission aux partenaires
Organisation du stockage des PAI

Nom de l'élève

Académie :

Département :

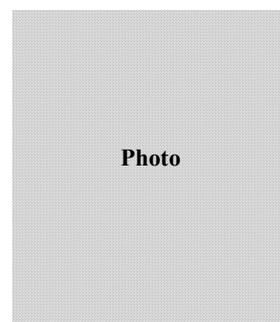
Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

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.

1 - Renseignements administratifs

Élève
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse :



Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	☉Domicile	☉Travail	☉Portable	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 1re 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 :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement				

Nom de l'élève

Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

Partenaires

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

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

2 - Aménagements et adaptations - partie médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de la structure

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

b. 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.)
Joindre le certificat d'inaptitude EPS

Préciser :

c. 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 intercourts (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

d. 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 :

Nom de l'élève

e. Restauration

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille
<input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)	<input type="checkbox"/> Boissons
<input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution	<input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires
<input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	<input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier
	<input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Préciser :

f. Soins

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

Traitement médicamenteux : préciser nom (commercial/générique), posologie, mode de prise, horaire précis

Surveillances : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement protocole joint

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

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 4) Autres soins

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 ».

Autre trousse d'urgence dans l'établissement

Préciser :

g. 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 au type 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 :	

Nom de l'élève

3 - Conduite à tenir en cas d'urgence - partie médecin traitant ou à préciser :

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

Nom/ Prénom :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

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

Évaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

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

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

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 :

Allergènes :

J'ÉVALUE ⇨ JE TRAITE ⇨ J'APPELLE LE SAMU 15

Nom et prénom de l'élève :	
Date de naissance :	Classe :
Établissement :	Ville :
Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :	

Noter l'HEURE du début des SIGNES

Réaction d'emblée **GRAVE** :

- Voix qui change
- Gêne respiratoire, sifflement, toux
- Douleur abdominale intense, vomissements
- Démangeaisons (mains, pieds, cuir chevelu)
- Gonflement du visage et du cou
- Malaise, sensation de mort imminente, sensation bizarre, perte de connaissance en dehors d'un contexte traumatique

Réaction **MODÉRÉE** :

- Bouche qui pique ou gratte
- Nez qui coule
- Yeux qui piquent
- Lèvres qui gonflent
- Plaques rouges qui grattent
- Un peu mal au ventre et envie de vomir

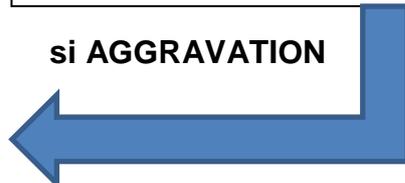
MAIS PARLE ET RESPIRE BIEN



CONDUITE À TENIR

1. Allonger l'élève ou le laisser demi-assis en cas de gêne respiratoire
2. Utiliser le **stylo auto-injectable d'Adrénaline** dans la face antéro-externe de la cuisse :
.....
3. **Puis appeler le SAMU 15 ou 112**
4. Si gêne respiratoire faire inhaler avec la chambre d'inhalation :
.....
.....
5. Faire une **2^{ème} administration d'Adrénaline** en cas de persistance des symptômes après 5 minutes

1. Antihistaminique :
2. Autres :
.....
3. Surveiller l'enfant au calme jusqu'à disparition des signes
4. **En l'absence d'amélioration, appeler le SAMU 15 ou 112**
5. Prévenir les parents



Date :

Nom et cachet du médecin référent de la pathologie :



EPIPEN



Enlever le capuchon bleu



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



Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenez appuyé pendant 10 sec.



Puis masser la zone d'injection

JEXT



Enlever le bouchon jaune



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



Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant la cuisse et maintenez appuyé pendant 10 sec.



Puis masser la zone d'injection

ANAPEN

Code: 34-009



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille



Retirer le bouchon noir protecteur



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse



Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenez appuyé pendant 10 secondes. Puis masser la zone d'injection

EMERADE



Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille



Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes



Masser légèrement le site d'injection

Annexe restauration scolaire-PAI

A fournir au médecin EN

En cas de besoins spécifiques sur le temps de restauration, ce document doit être rempli par le médecin référent de la pathologie, qui détermine les mesures à mettre en œuvre pour garantir la santé de l'élève, et par le représentant du service restauration (mairie dans le 1^{er} degré, chef d'établissement dans le 2nd degré) qui atteste de la possibilité de leur mise en oeuvre.

Recommandations du médecin référent de la pathologie :

- Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective
Type de régime :
- Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :
 - Par le service responsable de la restauration
 - Par l'élève lui-même (affichage INCO)Liste des allergènes (traces autorisées : oui/non)
- Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution
- Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)
- Goûter et/ou collations fournis par la famille
- Boissons
- Suppléments alimentaires
- Priorité de passage ou horaire particulier
- Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Date :

Signature :

Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent de la pathologie : A remplir par le représentant mairie (1^{er} degré) ou le chef d'établissement (2nd degré)

- NON** ⇒ mode de restauration proposé :

- OUI**

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Le professeur d'Education Physique et Sportive doit adapter son enseignement et l'évaluation qui en découle, de façon à ce que tout élève puisse participer au cours d'EPS, en fonction de ses possibilités et de ses capacités.

Je soussigné (e), Docteur en médecine.....

Lieu d'exercice.....

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom et Prénom

Né (e) le En classe de :.....

Et constaté à ce jour que son état de santé entraîne :

Une INAPTITUDE PARTIELLE du au inclus

Une INAPTITUDE TOTALE du au inclus

Dans le cas d'une inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à :

DES TYPES DE MOUVEMENTS (amplitude, vitesse, charge, posture)

.....

DES TYPES D'EFFORTS (musculaires, cardio-vasculaires, respiratoires)

.....

LA CAPACITE DE L'EFFORT (intensité, durée)

.....

DES SITUATIONS D'EXERCICE ET D'ENVIRONNEMENT (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques)

.....

AUTRES

.....

Date, signature et cachet du médecin

Circuit de communication interne à l'établissement

Visa du professeur d'EPS	Visa de l'infirmière	Visa du conseiller principal d'éducation
Date :	Date :	Date :

Aide à l'adaptation des situations en EPS - TSVP....



CERTIFICAT MEDICAL
PERMETTANT une ADAPTATION des CONTENUS aux POSSIBILITES de L'ELEVE
En EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE
 Année scolaire 20... - 20...
 Académie de Paris

Rappel : « L'éducation physique et sportive est une discipline d'enseignement à part entière. Elle participe à l'acquisition d'apprentissages fondamentaux et contribue à la formation globale de l'individu. Elle est obligatoire et sanctionnée à l'ensemble des examens.... Les nouvelles dispositions réglementaires retiennent le principe de l'aptitude à priori de tous les élèves à suivre l'enseignement de cette discipline. Il convient donc, désormais, de substituer la notion d'inaptitude à celle de dispense. » (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)

INAPTITUDE FONCTIONNELLE PARTIELLE
à l'enseignement de l'EPS

« En cas d'inaptitude partielle, afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'éducation physique et sportiveil importe, que ces données soient exprimées de façon explicite afin qu'un enseignement réel, mais adapté aux possibilités de l'élève, puisse être mis en place. » (Réf : Circulaire du 17 mai 1990)

Cocher les cases

FONCTIONS	POSSIBLE	POUR UN EFFORT D'INTENSITE		POUR UN EFFORT DE DUREE	
		Forte	Modérée	Prolongée	Limitée
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever-Porter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.B : L'effort doit toujours respecter la non-douleur et peut aller au seuil de tolérance identifié par l'élève.

PRECISIONS

Permettant au professeur d'adapter les situations d'apprentissages

Date :
 Signature et cachet du médecin :