



**DEMANDE DE RENOUELEMENT ou MISE EN PLACE
D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE, année 2020/2021**

Madame, Monsieur,

Votre enfant doit prendre un traitement sur le temps scolaire. Il est nécessaire de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé pouren classe de :.....

Ce projet (PAI) a pour but :

- 1) d'aider autant que faire ce peut votre enfant à réussir sa scolarité au sein de l'établissement.
- 2) de pouvoir lui donner des traitements sur le temps scolaire : cours, sorties, voyages, EPS, ...
- 3) de prévoir des aménagements nécessaires (repos, récupération, double jeu de livres, adaptation de l'EPS.)
- 4) d'informer de cette démarche le chef d'établissement et le service de santé scolaire.

Pour cela nous vous demandons :

- de faire remplir par votre médecin les documents joints
- de nous les retourner signer (par les 2 responsables légaux)
- d'indiquer nommément les enseignants et l'équipe pédagogique que vous souhaitez informer de ce protocole.
- de fournir :
 - la dernière prescription du médecin
 - le résultat des tests les plus récents pour les allergies.
 - les médicaments dont la date de péremption va jusqu'au mois de juillet de l'année scolaire en cours.

Ces documents et ce protocole seront à renouveler chaque année scolaire.

En restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires, nous vous assurons de notre dévouement.

Fait à Paris le

L'équipe de Santé Scolaire



Objet : lettre médecin ou thérapeute/ PAI
Année scolaire 2020/2021

Paris, le

Cher Confrère,
Madame, Monsieur,

Votre jeune patienten classe de :.....
présente un état de santé ou une difficulté pouvant nécessiter un traitement, des soins, un régime alimentaire,
un aménagement sur le temps scolaire : cours, récréations, sport, repas, sorties, voyages.

Pour un meilleur accueil en milieu scolaire ordinaire, nous vous proposons de remplir ces documents de mise
en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), protocole fait à la demande de la famille.

Ce PAI est un document écrit :

- Signé par les 2 parents, mais aussi le chef d'établissement ainsi que des membres de l'équipe pédagogique nommés dans la page des signatures.
- Permettant d'appliquer sur le temps scolaire (cours, repas, sorties et voyages), le protocole de soins ou d'urgence, prescrit, établi et signé par vos soins.

Afin de mettre tout cela en œuvre nous vous demandons, s'il vous plait de :

- Remplir le plus clairement possible le formulaire joint et de le signer (ce document est destiné à des personnels non médicaux)
- Les derniers résultats du bilan spécialisé pour les enfants souffrant d'allergie alimentaire, ou le bilan en lien avec l'aménagement de la scolarité.
- La dernière prescription concernant le traitement à prendre.

En vous assurant de notre dévouement, nous vous prions de croire, cher confrère, Madame, Monsieur, à l'expression de notre considération fraternelle.

Docteur Catherine Lepercq
Médecin scolaire

L'Equipe de santé scolaire

NB : sans ces documents aucune intervention adaptée ne pourra avoir lieu au sein de l'établissement.



Je soussigné(e)
Responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants à l'ordonnance d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.**

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

TROUSSE d'URGENCE

· À EMPORTER À CHAQUE DÉPLACEMENT

- Contient la copie du protocole d'urgence, de l'ordonnance et les médicaments.
- **Les parents sont responsables du renouvellement des médicaments périmés ou utilisés.**
- **Lieu de rangement fixe et accessible en permanence :**

Réfrigérateur : oui non Infirmerie

À remplir par le service de santé scolaire:

- L'élève est autorisé à avoir un double du traitement sur lui (uniquement au lycée).
- Préciser lequel :

DATES et SIGNATURES

Chef d'Établissement :
Directeur lycée/collège :
Médecin scolaire :
Infirmier scolaire :
Responsable de niveau :
Adjoint RN. :
Professeur Principal :
Professeur d'EPS :
Vie scolaire :
Autres professeurs ou intervenants extérieurs(le cas échéant) :

NOM Prénom :
Classe :
Date de naissance :
Adresse :

Restauration scolaire : Oui Non

Responsables à contacter

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mail			

Médecins référents de la pathologie

Nom : Tel: Mèl :
Nom : Tel: Mèl :
Service hospitalier : Tel: Mèl :

IMPORTANT

- Tout personnel remplaçant (enseignant ...) doit être informé de ce PAI.
- Obligation de **discretion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**. (Articles 226-13 et 226-14 du code pénal- code de déontologie médicale- décrets 93-221 du 16/02/93 et 93-345 du 15/03/93)

**Si appel au Centre 15 ou le 112 en Europe, préciser l'existence de ce PAI
Et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté**

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE

Besoins spécifiques de l'élève (hors situation d'urgence)

- Accessibilité Classe / Cour / Sanitaires
- Adaptation du matériel
- Boissons Collations
- Contre-indications aux sorties/voyages scolaires**
- Accès prioritaire à la restauration scolaire
- Temps de repos, siestes, horaires adaptés
- Emploi du temps aménagé (à joindre au PAI)
- Adaptation de l'Education Physique et Sportive**
(Remplir le certificat national réglementaire joint si besoin)
- Double jeu de livres** avec casier
- Précautions en extérieur
- Adaptations pédagogiques
- Autres :

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : Si oui, lequel ?

En cas d'allergie alimentaire, liste des allergènes :

- Traces autorisées
- Pour les allergies, remplir l'annexe spécifique page 3 bis

Restauration scolaire et goûter

1. Restauration scolaire non autorisée
2. Goûter/petit déjeuner uniquement fourni par la famille
OU l'enfant peut consommer ce qui est fourni par la collectivité
3. Éviction simple gérée par l'élève

Autres précautions particulières (manipulation en classe, semaine du goût...) :

Date : Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :

Projet d'accueil individualisé

NOM :

Prénom :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE

PROTOCOLE D'URGENCE HORS ALLERGIE

Pour les allergies, remplir l'annexe spécifique page 3 bis

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Établissement :

Ville :

Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

SIGNES D'APPEL

CONDUITE A TENIR

Médicaments, posologie,
mode d'administration

Poids de l'enfant :

Traitement médical au quotidien

Sur le temps scolaire et périscolaire :

Au domicile :

Courrier à remettre aux services de secours : oui non

Date, Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :



PROTOCOLE D'URGENCE ALLERGIES (page 3 bis)

Allergènes :

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

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Établissement :

Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

Classe :

Ville :

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

si AGGRAVATION

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 maintenir appuyé pendant 10 sec.



Puis massez la zone d'injection

JEXT



Enlever le bouchon jaune



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



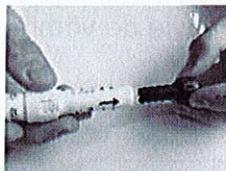
Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant la cuisse et maintenir appuyé pendant 10 sec.



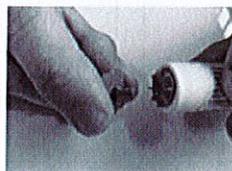
Puis massez la zone d'injection

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 maintenir appuyé pendant 10 second
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

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 :