

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

(Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 – Encart BO n° 34 du 18 septembre 2003)

*Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent.*

### L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

- Nom : ..... Prénom : .....
- Date de naissance : ...../...../.....
- Nom des parents ou du représentant légal : .....
- Adresse : .....
- Téléphone domicile : ..... Travail : .....
- Collectivité d'accueil
- ☐ école                      ☐ établissement scolaire                      ☐ établissement d'accueil de la petite enfance

### 1 – COORDONNEES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT

- Les parents : .....
- Le responsable de la collectivité : .....
- Le médecin et l'infirmier(ère) de la collectivité : .....
- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie : .....
- Le service hospitalier : .....

### 2 – BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

- ☐ 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 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 les transports mal adaptés
- ☐ Aménagement lors d'une classe transplantée ou de déplacements : veiller à ce que l'enfant ait toujours sur 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 COMPLEMENTAIRE

### *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
- ☐ Assistance pédagogique à domicile : intervenant et modalités
- ☐ Prise en charge en orthophonie : coordonnées, lieu d'intervention et horaires

## 4 – TRAITEMENT MEDICAL

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

Nom du médicament : .....

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

.....

## 5 – REGIME ALIMENTAIRE

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

- ☐ Paniers 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 – REFERENTS A CONTACTER

Appels : (numéroter par ordre de priorité)

- |                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| ___ Parents ou tuteur, Tél. domicile : ..... | Tél. travail : ..... |
| ___ Médecin traitant :                       | Tél. : .....         |
| ___ Médecin spécialiste :                    | Tél. : .....         |
| ___ SAMU : 15 ou 112 sur portable            |                      |
| ___ Pompiers : 18                            |                      |
| ___ Service hospitalier :                    | Tél. : .....         |

### *Signataires du projet*

|                                      |                          |                                    |                         |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Les parents ou<br>représentant légal | L'enfant ou l'adolescent | Le responsable de<br>l'institution | Les personnels de santé | Le représentant de la<br>municipalité |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|

Date :