**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**2022-2023**

**L’élève :**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Le P.A.I. doit être adapté à chaque cas individuel.**

**Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet.**

**Celles qui relèveraient du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées au médecin.**

**Il est important de prendre en compte dans les aménagements les besoins spécifiques de l'élève :**

1. **Accessibilité des locaux scolaires**
2. **Restauration : régime alimentaire ou panier repas**
3. **Sanitaires**
4. **Transport**
5. **Mobilier adapté (sièges, tables...)**
6. **Temps pour la prise des médicaments**
7. **Temps pour les autres soins**

**Quelques affections de référence pour la mise en place d'un P.A.I. (cette liste n'est pas limitative) :**

- affection métabolique héréditaire

- affection respiratoire chronique

- allergie

- Anaphylaxie non alimentaire

- arthrite chronique juvénile

- asthme

- cancer

- cardiopathie

- diabète

- drépanocytose

- épilepsie

- greffe de moelle et autre greffe

- hémophilie

- insuffisance rénale

- intolérance alimentaire

- leucémie

- maladie de Crohn

- mucoviscidose

- myopathie et autres maladies dégénératives

- syndrome d'immunodéficience humaine

- transplantation d'organe

**Coordonnées des parties prenantes**

**Chef d'établissement :**

Nom : Anne-Laure COUZY Tél.: 01 43 70 90 96

**Médecin traitant et/ou Service hospitalier spécialisé :**

Nom : ........................................................................................Tél.: .......................................

Nom : ........................................................................................Tél.: .......................................

**Besoins spécifiques de l'élève (liste non exhaustive)**

1. Horaires adaptés
2. Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
3. Nécessité d'un régime alimentaire
4. Demande de tiers temps aux examens
5. Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile

**Prise en charge complémentaire**

1. médicale pédagogique Intervention d'un kinésithérapeute dans l'établissement

coordonnées .....................................................................................................................................

heures et jours à préciser : ................................................................................................................

lieu d'intervention : ............................................................................................................................

1. Intervention d'une infirmière

coordonnées : .....................................................................................................................................

heures et jours à préciser : ................................................................................................................

lieu d'intervention : ............................................................................................................................

**Aménagements particuliers dans le cadre de l'établissement scolaire**

**Locaux pour soins particuliers :** (kinésithérapie ou soins, lieu de repos, local pour entreposer la réserve d'oxygène ....) :

**Traitement médical - joindre l’ordonnance**

**Régime alimentaire**

1. Panier repas – cf protocole spécifique ci-joint
2. Allergie – Liste des allergènes à joindre

**Aménagements spécifiques dans le cadre :**

1. **De l'éducation physique et sportive :**

Sports à adapter éventuellement : *Voir avis du médecin*

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**Protocole en cas d'urgence : Nom :**

**Classe :**

**Signes d'appel** (peuvent être dissociés ou associés) :

**Mesures à prendre** (à déterminer avec le médecin ) :

Informations à fournir au médecin d'urgence ( à déterminer avec le médecin) :

**Référents à contacter :**

1. **Parents : Tél. : Tél. travail :**
2. **SAMU : 15**
3. **Médecin :**
4. **Service hospitalier :**
5. **Signataires du contrat :**

**Date :**

**Les parents : L'élève :**

**Le chef d'établissement :**

**L’enseignant :**

**Les intervenants :**