

MAIRIE DE LE THORONET



*A compléter
par la famille et le médecin traitant
puis à retourner à la Mairie*

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Circulaire N°2003-135 du 08.09.2003
Encart B.O. EN N°34 du 18 septembre 2003

ANNEE SCOLAIRE du premier PAI: 2022/2023

Reconduction (préciser l'année scolaire) :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou des responsables légaux :

Téléphones :

Etablissement scolaire :

Classe :

1 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant :

Le médecin traitant :

Le service municipal en charge de l'établissement scolaire :

Autres (à préciser) :

NOM, PRENOM : _____ ETABLISSEMENT et CLASSE : _____

2 - Besoins spécifiques de l'enfant ou de 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 : (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)
 - Eviction alimentaire (préciser) :
 - Paniers repas:
 - Possibilité de se réhydrater en classe.
 - Autre (à préciser) :
- Local pour les soins. la kinésithérapie, l'oxygène,...
- Autorisation de sortie de classe dès que l'enfant en ressent le besoin.
- Aménagement de l'éducation physique et sportive :
- Aménagement des transports :
- Demande d'aménagements aux examens.
- Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile.
- Sorties organisées
 - Prendre **impérativement** la trousse d'urgence.
 - Accompagnement **nécessaire** d'un des parents.
- Autre (à préciser)

3 - Prise en charge complémentaire :

Médicale et paramédicale (préciser le type et les horaires) :

Pédagogique (préciser, PPRE, SAPAD, CNED,) :

4 - Traitement médical (selon prescription médicale ci-jointe) :

- Prise de médicament pendant ALSH
- Protocole en cas d'urgence joint au PAI (page 3).

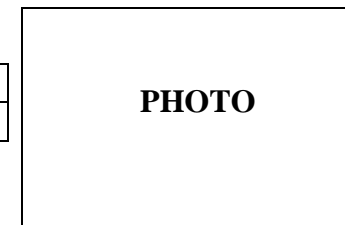
NOM PRENOM :

ETABLISSEMENT et CLASSE :

ANNEE SCOLAIRE : 2022/2023

PROTCOLE D'URGENCE

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Mère, Nom et prénom : | Père, Nom et prénom : |
| Tél : | Tél : |



SAMU : 15

| Signes présentés par l'enfant ou l'adolescent classés dans l'ordre croissant de gravité. Bien préciser à partir de quand il faudra faire appel au SAMU | Mesures à prendre |
|---|-------------------|
| | |

Les médicaments se trouvent :

Courrier joint pour médecin des urgences

Prendre le PAI et la trousse d'urgence lors de tout déplacement hors de l'établissement.

DATE :

TAMPONS et Signatures : du médecin traitant

5- Demande de la famille :

Je soussigné : _____

demande que toute personne en charge de mon enfant : _____

à l'école, lui administre le traitement désigné dans le PAI et applique, si nécessaire, le protocole d'urgence.

| RENOUVELLEMENT (S) | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Année Scolaire : | Année Scolaire : | Année Scolaire : | Année Scolaire : | Année Scolaire : |
| Classe : | Classe : | Classe : | Classe : | Classe : |
| Date : | Date : | Date : | Date : | Date : |
| Signataires du projet : | | | | |
| L'enfant ou l'adolescent : | | | | |
| Les parents ou le représentant légal : | | | | |
| Le médecin spécialiste ou le médecin traitant : | | | | |
| Le représentant de la municipalité : | | | | |