

Demande de mise en place de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

Année scolaire : ____ / ____

Photo
de
l'élève

ELEVE CONCERNE :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance :	Classe :

- Première demande de PAI
 Reconduction du PAI – année scolaire du premier PAI :/.....

La demande de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que le Lycée Labourdonnais lui permette de suivre son traitement et/ou son régime, et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Ce document est destiné à être conservé dans le dossier médical de votre enfant, sous couvert du secret professionnel. A l'issue de votre demande, le document en annexe sera distribué si besoin au personnel concerné par un éventuel aménagement (proviseur, vie scolaire, professeurs...). Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur le document en annexe sans l'accord des parents ou de l'élève majeur.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

<u>Responsable légal (1) :</u>	<u>Tel :</u>
<u>Responsable légal (2) :</u>	<u>Tel :</u>
<u>Autre :</u>	<u>Tel :</u>

Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie : _____ / Tel : _____

ANNEXE

Pathologie de l'enfant / diagnostic médical :

.....

Besoins spécifiques :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Horaires adaptés | <input type="checkbox"/> Mise à disposition d'un local |
| <input type="checkbox"/> Double jeu de livres | <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en a besoin |
| <input type="checkbox"/> Salle de classe au rez-de –chaussée | <input type="checkbox"/> Aménagement en E.P.S. |
| <input type="checkbox"/> Lieu de repos | <input type="checkbox"/> Traitement à administrer régulièrement (fournir les traitements et la prescription) |
| <input type="checkbox"/> Mobilier adapté | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Aménagement des sanitaires | |
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'un régime alimentaire | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la glycémie | |

Précisions :

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

- Intervention de personnel soignant : NOM
- (infirmier libéral, kinésithérapeute...)
- FONCTION
- JOURS / HEURES

Je, soussigné(e),, père / mère / représentant légal (rayer la ou les mentions inutiles), demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'urgence du Docteur..... ci-joint.

Fait le/...../....., à

Signature :

Protocole de soins d'urgence

(à renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

N.b. : ce protocole sera conservé dans l'infirmierie, attaché à la trousse d'urgence fournie par la famille.

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Poids :

Composition de la trousse d'urgence déposée à l'école (joindre l'ordonnance détaillée correspondante) :

Dès les premiers signes, appeler le SAMU (114 / Darné : 118), pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents.

Signes d'appel	Symptômes visibles	Conduite à tenir (nom du médicament, posologie, mode de prise)

Date :/...../.....

Cachet et signature du médecin :

PAI reçu le :	Le Proviseur / adjoint :	Le médecin scolaire :	L'infirmière scolaire :
---------------	--------------------------	-----------------------	-------------------------