

Année scolaire ...../...../.....

NOM .....

PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE ...../...../.....

CLASSE .....

## PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISE Autres Troubles

*Scolarisation d'un enfant ou d'un adolescent atteint de troubles de la santé*

*B.O. n° 24 du 18.9.2003 – Circulaire n° 2003-135 du 8.09.03*

Reconduit le ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

⇒ Parties prenantes

➤ **L'élève**

Classe .....

Sexe M  F

Cachet de l'établissement

➤ **Parents ou responsable légal**

Mère (ou tutrice)

Père (ou tuteur)

Nom

Prénom

Adresse

Domicile

Mobile

Travail



à compléter par la famille

Autorise un personnel enseignant ou encadrant :

.....  
à délivrer les médicaments prescrits dans les conditions précisées sur l'ordonnance jointe (voie orale ou inhalée).

Le responsable légal fournira impérativement l'ordonnance récente et les médicaments prescrits.

➤ **L'établissement scolaire**

▪ **Directeur ou Chef d'établissement scolaire**

Nom - Prénom .....  .....

▪ **Enseignants**

Nom - Prénom .....

Nom - Prénom .....

➤ **Médecin traitant et autres services de santé**

Qualité - Nom .....  .....

Qualité - Nom .....  .....

➤ **Autres intervenants**

Qualité - Nom .....  .....

Qualité - Nom .....  .....



**PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE**  
*à renseigner par le médecin*

**1. Les signes d'appel (symptômes visibles) et les mesures à prendre**

Les signes d'appel	Mesures à prendre
	<p style="text-align: center;"><i>Prévenir les parents (numéros d'appel en page 1)</i></p>

**ATTENTION**

***S'IL EXISTE DES SIGNES DE GRAVITE,***

***APPELER LE N° DES URGENCES = 15***

**2. Les informations à fournir au médecin du service des urgences**  
**Certificat médical rédigé par le médecin (sous pli confidentiel).**

## Aménagements

1. **Aménagements d'horaires**                      oui                          non   

2. **Sorties scolaires et en classes transplantées** : veiller à ce que l'élève ait toujours sa trousse d'urgence.

3. **Autres aménagements**

*A tout moment le projet peut-être modifié à la demande d'une des parties.*

**➡ La famille est chargée de transmettre le PAI  
A l'Etablissement scolaire**

PROJET SIGNE LE.....

### **SIGNATURES**

*Parents ou représentant légal*

*L'élève*

*Le médecin (cachet et signature)*

*Le chef d'établissement*

*Le professeur Principal ou  
Le Cadre Educatif*