

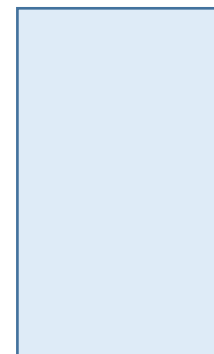
## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

### Article D.351-9 du code de l'éducation-Circulaire du 10-2-2021 BO n°9 du 04-03-2021

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre, de la lisibilité et de la communication des procédures.

#### Renseignements administratifs :

Nom / Prénom de l'élève concerné :
Date de naissance :
Etablissement scolaire:
Adresse du domicile de l'élève :



#### Responsables légaux (ou élève majeur) :

Lien de parenté	Nom et prénom	Adresse domicile	Adresse mail	☎ Téléphone portable	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant (dont le personnel remplaçant) y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

#### A compléter par les parents :

	Date	Année scolaire	Classe
PAI 1ère demande			

**Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le chef d'établissement ou directeur d'école, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas d'évolution du PAI.**

**Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à la mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.**

**Médecin coordinateur et/ou prescripteur du nouveau PAI (à renseigner obligatoirement):**

Nom du médecin coordonnateur et/ou prescripteur	Adresse administrative/ Téléphone	Date	Signature

**Intervenants autour de l'élève du PAI 1<sup>ère</sup> demande :**

Référents	Nom	Adresse administrative / Téléphone	Signature et Date
Directeur d'école ou chef d'établissement			
Enseignant de la classe ou professeur principal			
Responsable du service de restauration			
Responsable des autres temps périscolaires			
Infirmière de l'éducation nationale			
Médecins spécialistes, services hospitaliers			
Autres <i>infirmières libérales, SESSAD, Kinés etc...</i>			

**La famille est chargée de transmettre ce PAI à l'établissement scolaire. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation. Ensuite, le chef d'établissement adressera une copie de ce document au Centre Médico-Scolaire de rattachement. Il redonnera l'original aux parents qui le conserveront tout au long de sa validité.**

## RECONDUCTION DU PAI

Le PAI est valable pour un niveau scolaire (maternelle, primaire, collège, lycée) à condition qu'il n'y ait pas de changement d'établissement au cours du niveau scolaire et pas de modifications majeures de traitement ou de prise en charge (un changement de dose n'implique pas un nouveau PAI).

Pour la reconduction, transmettre à l'établissement scolaire, une ordonnance récente précisant le(s) médicament(s) à administrer dans le cadre du PAI, la dose à donner et le mode d'administration. S'assurer que ces médicaments, fournis dans leur boîte d'origine ont une date de validité couvrant l'année scolaire; à défaut, la date de péremption sera régulièrement vérifiée par les parents.

**Vérification annuelle (année N + 1) obligatoire par le chef d'établissement/ directeur d'école, des éléments du PAI fournis par la famille dont le protocole d'urgence et/ou ordonnance actualisés :**

Date de reconduction					
Année scolaire					
Classe					
Modification protocole/ posologie : oui/non					
Signature du directeur / chef d'établissement					

**Tableau à dater et à signer par les intervenants autour de l'élève, à chaque rentrée scolaire (année N+1) dans le cadre d'une reconduction simple du PAI :**

Année scolaire	Enseignant de la classe ou professeur principal	Responsable du service de restauration	Responsable des autres temps périscolaires	Infirmière de l'éducation nationale	Autres : Infirmière libérale, SESSAD, Kiné
20 ..../20....					
20..../20....					
20..../20....					
20..../20....					
20..../20....					

**Pour rappel :**

**Un nouveau PAI doit être intégralement rédigé sur une nouvelle trame de PAI : au début de chaque période scolaire (maternelle, élémentaire, collège, lycée), à chaque changement d'établissement scolaire et à chaque évolution de la pathologie justifiant une mise à jour complète du PAI**

## CONSIGNES A APPLIQUER DANS LE CADRE D'UN PAI

**En l'absence d'élément nouveau (hors changement de posologie des traitements), ce PAI sera valable pendant toute la scolarité de l'élève au sein de cet établissement, sous réserve que :**

- les parents fournissent une ordonnance récente (si traitement prescrit) en début de chaque année scolaire au chef d'établissement et que les modifications éventuelles de posologie soient indiquées sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document.

- et que le volet « vérification annuelle obligatoire » sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document soit signé par le directeur ou le chef d'établissement.

**En cas de modifications des besoins de l'élève, le médecin coordonnateur actualisera le PAI et les parents transmettront les nouveaux éléments au chef d'établissement qui enverra une copie signée au Centre Médico-Scolaire.**

### Mesures pratiques



(A Compléter)



Médecin traitant :

Cette trousse suivra l'élève dans tous ses déplacements

NOM, Prénom : .....

Lieu d'exercice : .....

Téléphone : .....



Les médicaments, l'ordonnance, et un double de ce PAI seront placés dans une/des **trousse(s) d'urgence** étiquetée(s) au nom de l'élève fournie(s) par les responsables légaux



En cas de déplacement (sortie scolaire, EPS...) toujours prendre un **téléphone portable** pour alerter les secours en cas de besoin  
Noter les **numéros de téléphone d'urgence** et les coordonnées des partenaires du PAI



La **date de péremption** des médicaments sera régulièrement vérifiée par les responsables légaux qui assureront leur **renouvellement**



Le chef d'établissement veille à la **transmission des consignes** au personnel (titulaire et remplaçant) et aux accompagnateurs et personnels de la structure d'accueil en cas de sortie scolaire. Il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe éducative prennent connaissance de ce PAI sous format papier ou numérique



La/les trousse(s) d'urgence sera(ont) rangée(s) dans un endroit non accessible aux enfants et connu de toute personne susceptible d'avoir recours aux médicaments d'urgence



**En cas de voyage scolaire**  
**Penser à prendre l'éventuel traitement médical quotidien** (avec demande écrite des parents et ordonnance du médecin traitant)  
**Anticiper les activités supplémentaires prévues qui pourraient être contre-indiquées**

Lieux :

.....  
.....

## BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

### L'enfant nécessite-t-il un traitement médical quotidien ?

NON  OUI

- Si oui et qu'une prise médicamenteuse est à prévoir sur le temps scolaire ou dans le cadre d'une sortie scolaire, fournir une ordonnance du médecin traitant et/ou du spécialiste avec prescription détaillée (posologie et horaires de prise)

**Allergie avérée :** NON  OUI

Le ou les allergènes en cause : .....  
(En cas d'allergie alimentaire, prévoir un PAI spécifique)

**Symptômes associés :** NON  OUI

Description des symptômes (eczéma, rhinite, conjonctivite,...) :  
.....

### **Aménagement(s) des conditions d'accueil:**

- Pas d'animaux ou plantes dans la classe  
 Pas d'aérosols (désodorisant, insecticide, peintures...) dans la classe  
 Pratiquer une aération régulière des pièces  
 Autre : .....

### **Aménagements pédagogiques :**

- En cas d'absence, le professeur principal devra s'assurer de la transmission de tous les cours et des devoirs manqués par l'élève du fait de sa pathologie (clef USB, mail, photocopies, Pronote ...) et de la qualité des supports de cours fournis.  
 En cas d'absence prolongée, prévoir l'intervention de l'Accompagnement Pédagogique à Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole (APADHE).  
 Tenir compte de la fatigabilité de l'élève.  
 Autres aménagements : .....  
*S'informer des éventuelles contre-indications ou adaptations à mettre en place pour l'entrée dans certaines filières spécifiques*

### **Aménagements spécifiques pour l'enseignement de l'éducation physique et sportive (EPS):**

Aptitude  Inaptitude partielle  Inaptitude totale

L'élève a besoin d'une prise médicamenteuse avant la pratique du sport (*précisez le nom du médicament et sa posologie*): .....

Autres aménagements éventuels à détailler : .....  
.....

#### - **Si Aptitude :**

- Penser à apporter la trousse sur le terrain de sport.
- Faire pratiquer un échauffement progressif et de façon générale ne pas forcer l'élève notamment en endurance.
- Préférer les activités en salle en cas de baisse ou hausse importante des températures, de grand vent, de brouillard ou de pollution.
- L'enseignant(e) d'EPS devra être à l'écoute de l'enfant et l'autoriser à cesser momentanément toute activité physique et sportive s'il se sent très essoufflé.
- Adapter l'effort physique à l'état respiratoire de l'élève.

#### - **Si inaptitude partielle ou totale : compléter le certificat joint (page 5)**

### **Aménagements à l'extérieur de l'établissement :**

- Déplacements hors enceinte scolaire possible sous réserve d'application du PAI  
 Déplacements scolaires sans nuitée possible sous réserve d'application du PAI  
 Déplacements scolaires avec nuitée possible sous réserve d'application du PAI

## PROTOCOLE D'URGENCE

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

### LA TROUSSE D'URGENCE

LIEU(X) DE DEPOT DES MEDICAMENTS.....

Dans le second degré, le jeune doit pouvoir utiliser à tout moment son traitement de crise. Il sera autorisé à conserver son flacon de Bronchodilatateur:..... dans son sac d'école et son sac de sport.

### COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

*L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sera également jointe*

- Broncho-dilatateur :  VENTOLINE *Salbutamol*  AIROMIR *Salbutamol*  AUTRE .....
- Chambre d'inhalation :  avec masque  avec embout buccal
- Corticothérapie orale :  SOLUPRED *Prednisolone*  CORTANCYL *Prednisone*  CELESTENE *Bétaméthasone*
- Autres :

### CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

SYMPTÔMES	CONDUITE A TENIR
<b>CRISE LEGERE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne respiratoire</li> <li>- Essoufflement</li> <li>- Toux sèche, répétitive, quinteuse</li> <li>- rythme respiratoire accéléré</li> <li>- Sifflements audibles</li> <li>- L'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement</li> <li>- Autres signes :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en position assise, au calme, rassurer</li> <li>- Donner le traitement prescrit: (Broncho-dilatateur) : ..... donner..... bouffées, si besoin dans la chambre d'inhalation</li> <li><input type="checkbox"/> renouveler ..... bouffées                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> au bout de ..... minutes</li> <li><input type="checkbox"/> toutes les ..... minutes</li> </ul> </li> </ul>
<p><b><u>Si apparition de signes de gravité</u></b> OU <b><u>Si absence d'amélioration au bout de .....minutes</u></b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Signes de lutte (pincement du nez)</b></li> <li>- <b>Angoisse</b></li> <li>- <b>Agitation</b></li> <li>- <b>Sueurs</b></li> <li>- <b>Pâleur</b></li> <li>- <b>Lèvres bleues (cyanose)</b></li> <li>- <b>L'enfant économise ses gestes ou activité impossible</b></li> <li>- <b>L'enfant ne parle pas ou a des difficultés à parler</b></li> <li>- <b>Epuisement</b></li> <li>- <b>Somnolence</b></li> <li>- <b>Malaise</b></li> <li>- <b>Autres signes :</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Renouveler le traitement préconisé ci-dessus</b></p> <p><b>Donner en plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Corticothérapie orale ..... Posologie : .....</li> <li><input type="checkbox"/> Autres ..... Posologie : .....</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Appeler sans délai le SAMU (15 ou 112)</b> <i>(en précisant l'heure de début de la crise et le traitement administré)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Appeler les parents</b> <i>(en utilisant une autre ligne téléphonique pour réserver l'accès téléphonique au SAMU)</i></p>

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE PARTIELLE OU TOTALE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e), docteur en médecine.....lieu d'exercice :.....  
certifie avoir, en application du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève : (nom, prénom)  
.....et constaté que son état de santé entraîne :

- une inaptitude totale à la pratique de l'éducation physique et sportive**
  - Pour l'année scolaire
  - Pour une durée de ..... à compter de ce jour
  
- une inaptitude partielle à la pratique de l'éducation physique et sportive**
  - Pour l'année scolaire
  - Pour une durée de ..... à compter de ce jour

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement de l'EPS aux possibilités de l'élève, il est nécessaire :

- d'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations** et en particulier les articulations suivantes :

- Chevilles     Genoux     Hanche     Epauls     Rachis     Autre

-Ainsi il est préférable d'encourager les activités en décharge : vélo, natation  
-la douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité

- d'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires**

-Ainsi il est préférable de :  
privilégier les activités d'intensité modérée de durée prolongée  
de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire  
d'adapter son temps de récupération  
L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité

- autres recommandations (à préciser) :**

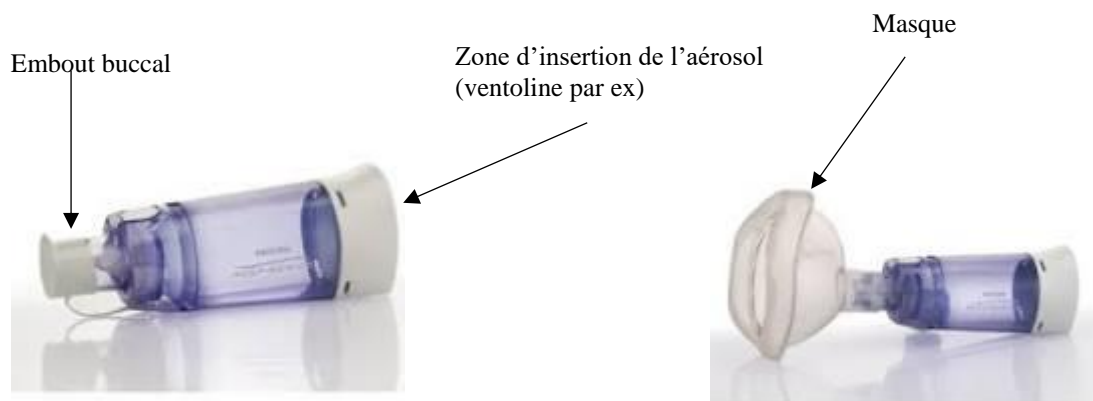
.....  
.....

L'activité physique favorise le bien être ainsi que la santé physique et mentale. A ce titre, elle fait partie intégrante des programmes scolaires. Ainsi je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS. Il est donc important de faciliter son intégration dans le groupe et de valoriser sa participation à l'EPS en toutes circonstances.

Date, signature et cachet du médecin :

## ANNEXE 1

### Utilisation d'une chambre d'inhalation



#### Comment administrer une bouffée de Ventoline avec la chambre d'inhalation ?

- Agiter le flacon de Ventoline, ôter son capuchon et insérer le dans le logement porte-aérosol (Comme indiqué fig. 1)
- Placer le masque sur le nez et la bouche de l'enfant (veiller à ce qu'il soit appliqué doucement mais fermement pour éviter les fuites) ou l'embout buccal de la chambre directement dans la bouche de l'enfant
- Appuyer avec le pouce sur la cartouche de Ventoline pour libérer une dose de médicament dans la chambre d'inhalation.
- Laisser l'enfant respirer 10 fois tranquillement. (Matérialisé par le mouvement des valves de la chambre).

Renouveler l'opération pour chaque bouffée de Ventoline.  
Après administration du spray, nettoyer la chambre

#### Comment nettoyer la chambre d'inhalation ?

- Démonter la chambre
- Laver avec de l'eau savonneuse
- Rincer à l'eau claire
- Laisser sécher à température ambiante
- Remonter la chambre en veillant à ce que les valves soient correctement positionnées. (Bien à plat pour les valves bleues du Baby haler)

## ANNEXE 2



# VENTOLINE

## Mode d'administration

L'efficacité de ce médicament dépend en partie d'une utilisation correcte de l'appareil. Au besoin, n'hésitez pas à demander à votre médecin de vous fournir des explications détaillées.





### Mode d'emploi :

Lorsque vous utilisez l'inhalateur pour la première fois ou si vous ne l'avez pas utilisé depuis plus de 5 jours, vous devez vous assurer de son bon fonctionnement.

Pour cela, retirez le capuchon de l'embout buccal en pressant doucement de chaque côté, agitez bien l'inhalateur, et appuyez sur la cartouche pour libérer deux bouffées de produit dans l'air.

Pour l'utilisation courante de l'inhalateur, après avoir enlevé le capuchon de l'embout buccal en exerçant une pression de chaque côté de celui-ci :

**-vérifiez l'absence de corps étrangers à l'intérieur de l'inhalateur y compris dans l'embout buccal**

	<b>-agitez bien l'inhalateur</b> afin de mélanger les composants de la solution contenue dans la cartouche (fig.1),
	<b>-videz vos poumons en expirant profondément</b> en dehors de l'inhalateur (fig. 2),
	<b>-placez l'embout buccal entre les lèvres</b> à l'entrée de la bouche, le fond de la cartouche métallique dirigé vers le haut (fig. 3),  <b>-commencez à inspirer et pressez sur la cartouche métallique tout en continuant à inspirer lentement et profondément</b> (fig. 3),
	<b>-retirez l'embout buccal de la bouche et retenez votre respiration pendant au moins 10 secondes</b> (fig. 4),

- si vous avez besoin d'une 2<sup>ème</sup> bouffée, renouveler la manipulation (schémas 2, 3, 4)

- puis, repositionnez le capuchon sur l'embout buccal et appuyez fermement pour le remettre en position

- par mesure d'hygiène, l'embout buccal doit être nettoyé après emploi

# ANNEXE 3

## AIROMIR AUTOHALER

### Mode d'administration

Inhalation par distributeur avec embout buccal. Voie respiratoire exclusivement

L'efficacité de ce médicament est en partie dépendante du bon usage de l'appareil de distribution. Il convient donc de lire très attentivement le mode d'emploi.

Au besoin, n'hésitez pas à demander à un médecin de vous fournir des explications détaillées.

#### Amorçage du système d'inhalation

AVANT L'ADMINISTRATION DU PRODUIT pour la première utilisation, ou si vous n'avez pas utilisé ce flacon depuis au moins 2 semaines :

Il est nécessaire d'amorcer le système AUTOHALER en libérant 4 bouffées grâce à la languette coulissante située à la base de l'appareil.

La façon de procéder est indiquée ci-après :

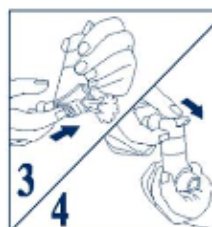


1) Otez le couvercle protecteur qui recouvre l'embout buccal.

2) Soulevez le levier en tenant l'appareil bien droit, embout buccal dirigé vers le bas.

3) Pour libérer une bouffée, poussez la languette située à la base de l'appareil dans le sens indiqué par la flèche.

4) Pour libérer une autre bouffée, rabaissez le levier et effectuez à nouveau les étapes 2 et 3.



Par mesure d'hygiène, l'embout buccal doit être nettoyé après utilisation avec un tissu sec et propre. Attention, ne pas utiliser d'eau pour nettoyer le dispositif.

#### **IMPORTANT :**

- **Ne pas dévisser ou ouvrir le dispositif au risque de l'endommager.**
- **Il est nécessaire de répéter l'étape d'amorçage si vous n'avez pas utilisé ce flacon depuis au moins 2 semaines.**

## Mode de fonctionnement classique



1- Avant utilisation, ôtez le couvercle protecteur qui recouvre l'embout buccal du flacon pressurisé autohaler.



2- Agitez l'appareil puis soulevez le levier en tenant l'appareil bien droit comme indiqué sur le schéma, l'embout buccal dirigé vers le bas.



3- Expirez normalement.



4- Placez l'embout dans votre bouche et fermez vos lèvres autour. Inspirez profondément. La bouffée d'aérosol va être libérée dans votre gorge.



5- Après la sortie de la bouffée, ne pas bloquer votre inspiration, mais la poursuivre profondément. Essayez de retenir votre respiration durant dix secondes puis expirez normalement.



6- Après chaque bouffée, vous devez rabaisser le levier en position fermée. Si vous devez prendre une autre bouffée, recommencez l'opération comme précédemment. Se rincer la bouche après inhalation du produit.