

Lycée d'Enseignement Général  
et Technologique Agricole  
La Vinadie, 46100 FIGEAC  
Tél. : 05 65 34 25 91

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

### En cas d'épilepsie

#### CIRCULAIRE PROJET D'ACCUEIL DU 10/02/2021

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

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.

#### **Élève :**

Nom :

Prénom(s) :

Classe :

Régime :

Date de naissance :

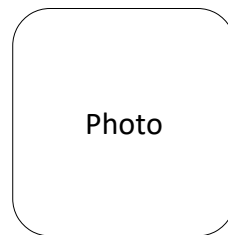
Adresse élève :

Code postal :

Ville :

Tél. portable :

Adresse e-mail de l'élève :



#### **Responsable légal n°1 :**

Nom :

Prénom(s) :

Nature du lien de parenté / responsabilité :

Adresse e-mail :

Tél. portable :

Tél. du domicile :

Tél. professionnel :

Fait à :

Signature du représentant légal :

Le :

## Responsable légal n°2 :

Nom :  Prénom(s) :

Nature du lien de parenté / responsabilité :

Adresse e-mail :  Tél. portable :

Tél. du domicile :  Tél. professionnel :

Fait à :

Signature du représentant légal :

Le :

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, 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.*

## Antécédents :

	PAI 1ère demande	Modifications éventuelles		
Date :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

## Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire:

Référents	Nom Prénom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement	Roch Isabelle	LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure		LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Infirmier(e)	Monnet- Lagrange Sylvie	LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Représentant du service de restauration		LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		

# COORDONNÉES DES PARTENAIRES QUI SUIVENT L'ÉLÈVE

## Médecins traitants, services hospitaliers :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Représentant du service de restauration :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Responsable des autres temps périscolaires :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Autres :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

# BESOINS SPÉCIFIQUES

## **a) Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

## **b) Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, animaux, etc.)  
*Joindre le certificat d'inaptitude EPS*

Préciser :

## **c) Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe, Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

## **d) Aménagements à l'extérieur de l'établissement**

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

## e) **Restauration**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Régime spécifique                | <input type="checkbox"/> Boissons                 |
| <input type="checkbox"/> Repas préparé par la famille     | <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille | <input type="checkbox"/> Priorité de passage      |
| <input type="checkbox"/> Goûter ou collation              | <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine |

Préciser :

## **SOINS**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traitement quotidien sur le temps de présence                        | <input type="checkbox"/> Trousse d'urgence (contenu précisé)           |
| <input type="checkbox"/> Intervention d'un professionnel de santé extérieur à l'établissement | <input type="checkbox"/> Mise en place d'un PAI : documents ci-dessous |

## **TRAITEMENT MÉDICAL**

Nom des médicaments, dose, mode de prise, horaires : (cf ordonnance :

## **PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE - SIGNES D'APPEL**

- Perte de connaissance brutale avec chute puis mouvements convulsifs et salivation importante. Cette crise dure environ 1 à 2 minutes et reprise de conscience progressive.
- Brève rupture de contact (quelques secondes), le regard est vague et l'élève reprend son activité
- Secousses brutales des membres ou de tout le corps qui peuvent faire lâcher brusquement ce que l'élève tient à la main ou même le faire tomber lui-même
- Autres manifestations

## **MESURES A PRENDRE DANS L'ATTENTE DES SECOURS**

- Garder son calme : la crise peut être impressionnante mais elle va s'arrêter. Éviter les attroupements. Rassurer l'entourage.
- Dès la fin de la crise (arrêt des mouvements convulsifs), tourner l'élève sur le côté, en position latérale de sécurité (PLS), pour faciliter l'écoulement de la salive.
- Attendre qu'il reprenne tout à fait conscience car il est souvent désorienté. Rester auprès de lui en lui parlant calmement.
- Ne rien donner à boire ou à manger tant qu'il n'est pas complètement réveillé.
- Le couvrir et le rassurer.

**Appeler le samu (15) :**

- devant toute crise qui dépasse 5 min
- devant toute crise qui récidive
- si l'élève est connu comme épileptique
- si l'élève s'est blessé durant la crise
- Dans tous les cas : **prévenez les parents**

## AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

<u>Besoins particuliers</u>	<u>Précisions- Mesures à prendre</u>
Aide durant la classe	
Transmissions des cours et des devoirs	
Aménagements des contrôles	
Proposition d'aménagement d'examens à la demande des responsables légaux	
Temps périscolaires	
Autre : synthèse du PAP	

*Se conformer au PAP ou PPRE. Prendre en compte les aménagements aux examens.*

L'élève doit mener autant que possible, une vie normale.

Le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet. Il en sera de même avec le CPE qui préviendra les assistants d'éducation.

### Activités physiques

Veiller à ce que le professeur d'éducation physique soit au courant

- Natation possible s'il y a une surveillance attentive (informer le maître nageur) ou un accompagnateur dans l'eau pour secourir l'enfant si nécessaire
- Sports en hauteur déconseillé
- Autres précautions à prendre. Préciser :
- Dispense partielle. Préciser :

Signature du médecin :

### **Utilisation de matériel audiovisuel et de micro-informatique**

- Sans problème
- À éviter
- À utiliser avec certaines précautions : ne pas rester dans le noir, ne pas dépasser 1 heure d'utilisation
- Autre

Préciser :

### **Sorties scolaires et classes transplantées**

1. Faire suivre l'information.
2. Prévenir le maître de stage.
3. Prendre la trousse avec le PAI et les médicaments nécessaires.
4. Désigner une personne responsable et/ou un accompagnateur.
5. Prendre les médicaments nécessaires pour la durée du séjour ainsi que l'ordonnance du médecin traitant.

### **Traitement médical :**

- Le traitement est conservé à l'infirmierie, dans l'armoire à pharmacie.
- L'infirmière préparera un pilulier quotidiennement en fonction de l'ordonnance.
- En cas d'absence de l'infirmière, les médicaments seront conservés dans la chambre des assistants d'éducation et l'élève prendra lui-même son traitement en suivant l'ordonnance.
- Le traitement d'urgence est à l'infirmierie mais aussi dans la chambre de l'assistant d'éducation.

Signature des parents :

Signature du médecin :

### **En cas de changement d'enseignant**

Faire suivre l'information.

## RÉFÉRENTS A CONTACTER : NUMÉROTÉ PAR ORDRE DE PRIORITÉ

<b>Responsable légal :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Prénom(s) : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. du domicile : <input type="text"/>	<b>Centre hospitalier :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Service : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>
<b>Médecin traitant :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Cabinet : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>	<b>Autres :</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Médecin spécialiste :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Cabinet : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>	<b>17 : Police</b> <b>18 : Pompiers</b> <b>15 : SAMU</b>

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir.

### **Signataires du projet :**

Chef d'établissement :

Enseignant :

Médecin traitant :

Infirmier :

Parents (2) :