

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Photo de l'élève

Date de naissance :

Adresse :

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ

Année scolaire : 20 / 20 Restauration scolaire : Oui Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui Non

Responsables à contacter

	Père	Mère	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mail			

Médecins référents de la pathologie

Nom :

 :

Mail :

Nom :

 :

Mail :

Service hospitalier :

 :

Mail :

IMPORTANT

Les pages 2 et 3 sont à renseigner exclusivement par le médecin référent de la pathologie

Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et /ou des besoins spécifiques de l'élève doit être datée, signée et tamponnée par le médecin la proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

- ⇒ Tout personnel remplaçant, animateur / éducateur sportif, assistant, doit être informé de ce PAI.
- ⇒ Obligation de **discréction professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**

Si appel au Centre 15, préciser l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE (hors situation d'urgence)

- Education Physique et Sportive (EPS) : se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- Tout type de déplacement et EPS : prendre la trousse d'urgence
- Précautions si activité en extérieur (récréation, ...) :
- Classe transplantée : voir page 4/4
- Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- Régime alimentaire :
- Temps de repos, sieste, horaire adapté, ... :
- Boisson (classe), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie, ...) :
- Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- Service d'assistance pédagogique à domicile (SASPAD)
- Double jeu de livres :
- Autres :

Traitements médicaux au quotidien (médicaments, soins, régime alimentaire, ...)

Joindre l'ordonnance si prise médicamenteuse sur temps scolaire ou périscolaire :

Date :

Signature et cachet du médecin référent pour la pathologie

PROTOCOLE d'INTERVENTION MÉDICALE d'URGENCE**(Sauf ALLERGIE) en conformité avec l'ordonnance**

- ⇒ **Noter la date et l'heure de survenue des signes et des médicaments donnés.**
Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, appeler le Centre 15 / 112**

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :**SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN RÉFÉRENT pour la PATHOLOGIE**

ALLERGIES**Allergènes :****Troubles Respiratoires** connus : oui non**RESTAURATION SCOLAIRE / GOÛTER :**

- Non Autorisé
- Autorisé avec panier repas familial seul, si possible dans la collectivité territoriale compétente
L'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille.
- Autorisé avec plateau spécifique industriel garanti sans allergènes si proposé par la collectivité territoriale compétente.
- Menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments allergènes, si possible dans la collectivité territoriale compétente (les parents prendront connaissance des menus)
Préciser lesquels :
- Eviction alimentaire complète lors de la semaine du goûter et autres actions avec dégustation

AUTRES ATTENTIONS PARTICULIÈRES nécessitant des aménagements :

- Manipulation : pâte à modeler, pâte à sel, cacahuètes, fruits à coque, ...
- Autres (exposition à des produits volatiles, ...) :

PROTOCOLE d'INTERVENTION MÉDICALE d'URGENCE

A remplir par le médecin référent de la pathologie, en conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Alerter immédiatement le Centre 15 / 112 dès les premiers signes** : informer de l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté
- ⇒ **Noter la date et l'heure de survenue des signes et des médicaments donnés.**
Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112**

SIGNES d'APPEL	CONDUITES À TENIR
<u>Urticaire aigu</u> : plaques rouges et démangeaisons	Faire avaler :
<u>Œdème sans signe respiratoire</u> : gonflement des lèvres, visage ou partie du corps et démangeaisons	Faire avaler :
<u>Conjonctivite</u> : Yeux rouges gonflés	
<u>Crise d'asthme</u> : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement, difficulté à parler, ...	Faire inhale bouffées consécutives de Chambre d'inhalation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si pas d'amélioration dans les minutes, faire à nouveau inhale bouffées consécutives de Si toujours pas d'amélioration après un total de bouffées, ou minutes, faire : Si échec des sprays avec aggravation OU d'EMBLÉE SIGNES d'ASPHYXIE, injecter dans la face antérieure de la cuisse :
<u>Œdème (laryngé) et signes respiratoires</u> : Toux rauque, voix modifiée, étouffement	Injecter sur la face antérieure de la cuisse :
<u>Malaise avec signes d'appel</u> : fatigue inhabituelle, sensation de malaise avec une ou plusieurs manifestations allergiques (cutanée, gêne respiratoire, troubles digestifs...) <u>Perte de connaissance</u> :	Coucher l'élève et surélever ses jambes OU SI GÈNE RESPIRATOIRE l'installer en position demi-assise Injecter sur la face antérieure de la cuisse :

Date :**SIGNATURE / CACHET du MEDECIN RÉFÉRENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE**

Je soussigné(e),

responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents** d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE: _____

SIGNATURES des REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES à PRÉVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTÉE

- **Besoins spécifiques supplémentaires :**
 - **Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :**

DATE: _____

Signatures :

Médecin référent de la pathologie :

Directeur / Chef d'Etablissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :

Professeur Principal ou Accompagnant :

Représentants Légaux :

TROUSSES d'URGENCE

- Contenu** : les médicaments fournis par les parents à l'identique de l'ordonnance et **le double de ce PAI**. Les parents **sont responsables** de renouveler les médicaments périmés ou utilisés.
 - Lieu rangement fixe et accessible en permanence : Réfrigérateur : oui non
 - Si déplacement, prendre la trousse d'urgence**

DATES et SIGNATURES

Date :

Pour une durée de :

Directeur / Chef d'Etablissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :
(en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire(s) extérieur(s) :