

Etablissement scolaire :

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Texte de référence : circulaire n° 2003-135 du 08 septembre 2003

IMPORTANT : il est nécessaire, pour les parents, de prendre contact avec les responsables du restaurant scolaire et/ou du périscolaire, si leur enfant fréquente ces structures, pour que le PAI puisse y être appliqué.

ELEVE		
NOM :	Prénom :	Classe :
Date de naissance :		
Adresse :		

RESPONSABLES LEGAUX		
	Nom - prénom	adresse
Père		
Mère		
Autre		

COORDONNEES :			
REFERENTS à contacter en cas d'urgence :			
- Père :	tél. travail	tél. dom.	Portable
- Mère :	tél. travail	tél. dom.	Portable
- Autre personne :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Si appel du SAMU, les parents doivent être appelés en 2nd lieu après le SAMU			
Noms du(es) médecin(s) assurant le suivi de l'élève :			
Médecin traitant :		Spécialiste :	

- Le projet d'accueil individualisé s'adresse aux élèves atteints des **troubles de la santé évoluant sur une longue période** : il est mis en place à la demande des parents (ou avec leur accord),
- Il permet de répondre **en collectivité** aux **besoins particuliers de santé** d'un élève porteur d'une maladie au long cours, dans la poursuite de ce qui est assuré à domicile par la famille.
- Le PAI précise les aménagements et les éventuels soins nécessaires dans la collectivité : il est **établi par le médecin traitant ou le spécialiste qui suit l'enfant** et connaît ses besoins de santé particuliers (liés à son affection au long cours).
- Tout personnel de la collectivité, **y compris non médical**, est tenu d'appliquer les préconisations du PAI et celui-ci est **signé entre les parents** (ou l'élève s'il est majeur) **et la collectivité** d'accueil.

PRÉCONISATIONS MÉDICALES

(à cocher et à compléter par le médecin traitant ou spécialiste qui suit l'élève)

1 – BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE POUR LES PRISES ALIMENTAIRES

ALLERGIE A :

➤ **Accueil – organisation – cours :**

Précautions nécessaires pour la manipulation des allergènes : OUI NON

Si oui, à préciser :

➤ **Restauration : ALLERGIE = Evictions alimentaires :**

- Restaurant scolaire non autorisé
- Protocoles paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)



Vérifier l'accessibilité de la trousse d'urgence pendant le temps de restauration

➤ **Goûters**

- Goûters habituels autorisés aucune prise alimentaire autre que goûter fourni par la famille

• *Il est de la responsabilité des parents de transmettre copie de ce PAI aux responsables (mairie, communauté de communes, associations...) de la restauration et du périscolaire pour que les préconisations médicales y soient respectées.*

2 – AUTRES AMÉNAGEMENTS

3 - EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT :

⇒ faire suivre l'information de façon prioritaire, indiquer l'existence d'un PAI sur le cahier d'appel.....

4 - DEPLACEMENTS SCOLAIRES – CLASSES TRANSPLANTEES



La trousse d'urgence (avec double du PAI) doit rester rapidement accessible en classe comme lors de tout déplacement de l'élève

Pour les sorties scolaires et les classes transplantées :

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et de la nécessité d'appliquer les préconisations données dans le PAI.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement.
- Si traitement de fond, le transmettre avec l'ordonnance pour qu'il puisse être administré.
- Pour les classes transplantées à l'étranger, traduire le PAI.

NOM – PRENOM de l'élève :

Ecole ou établissement scolaire :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

Allergie à :



Trousse d'urgence, accessible rapidement avec le PAI, en classe comme lors de tout déplacement

Composition de la trousse d'urgence (emplacement :)	
☛ Antihistaminique =	☛ Corticoïde =
☛ Bronchodilatateur =	☛ Adrénaline =
☛ Chambre d'inhalation	

**Dès les premiers signes après ingestion alimentaires,
ALERTE LE SAMU (15 ou 112) et pratiquer :**

Situation	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Plaques rouges et démangeaisons	- Faire avaler :
Conjonctivite - rhinite	Yeux rouges, gonflés et/ou Éternuements, écoulement du nez	- Faire avaler :
Œdème sans signes respiratoires	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	- Faire avaler :
Troubles digestifs avec d'autres signes d'allergie	Douleurs abdominales, vomissements	- Faire avaler :
Crise d'asthme	Toux sèche, rebelle et/ou Gêne respiratoire et/ou Difficultés à parler et/ou Sifflements	- Faire inhaler avec la chambre d'inhalation en une seule fois ... bouffées de..... - Si pas d'amélioration dans les 3 minutes, faire à nouveau inhaler en une fois bouffées de : - Si pas d'amélioration dans les 3 minutes, faire avaler : - Si échec des sprays avec aggravation ou si, d'emblée, signes d'asphyxie , injecter dans la face antérieure de la cuisse :
Œdème et signes respiratoires (œdème laryngé)	Gonflement du visage, toux rauque, voix modifiée, étouffement	- Injecter dans la face antérieure de la cuisse :
MALAISE avec signes d'appel	MALAISE avec pâleur Démangeaisons et/ou Gêne respiratoire et/ou Douleurs abdominales et/ou Vomissements et/ou Perte de connaissance	- Coucher l'élève et surélever ses jambes - Sauf, si gêne respiratoire, le laisser en position semi-assise - Injecter dans la face antérieure de la cuisse :
<i>Rester aux côtés de l'élève et, dans tous les cas, prévenir les parents, en second lieu, après le SAMU</i>		

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés

Date :

Signature et cachet du médecin spécialiste :

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je, soussignéreprésentant légal de
Je, soussignéereprésentante légale de

autorise les personnels de :.....

à appliquer les préconisations du présent projet d'accueil individualisé et à administrer à mon (notre) enfant :

..... le(s) traitement(s) prescrit(s) par le Docteur

Fait à le
Signature(s)

***NB : La trousse d'urgence est fournie par les parents et doit contenir un double de ce document
Les parents fournissent les médicaments et doivent vérifier la date de péremption et les renouveler dès qu'ils sont périmés
Les parents s'engagent à informer le personnel de santé de l'éducation nationale en cas de changement de la prescription médicale
La démonstration des gestes et attitudes permettant la mise en œuvre du protocole d'urgence à l'école est à la charge de la famille***

DATE ET SIGNATURES

Qualité	Signatures
<ul style="list-style-type: none">❖ Élève (si majeur)❖ Enseignant ou Professeur principal pour le 2nd degré❖ Infirmière éducation nationale -❖ CPE❖ Autre(s) (préciser) :	



Le directeur ou le chef d'établissement s'engage à communiquer aux équipes concernées et au personnel qui pourrait être amené à les remplacer l'ensemble des informations du PAI (repérage sur liste d'appel par exemple,)

Vu, le directeur ou le chef d'Etablissement :

Date : le

Signature :