

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

## ELEVE CONCERNE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Photo de l'élève

### ETABLISSEMENT CONCERNE

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 **discretion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**

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

## BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE (hors situation d'urgence)

- Education Physique et Sportive (EPS): se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- Tout type de déplacement et EPS : prendre 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 :

### Traitement médical 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 MEDICALE 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 A TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :

SIGNATURE et CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE

**ALLERGIES**

Allergènes :

Troubles Respiratoires connus :  oui  non**RESTAURATION SCOLAIRE / GOUTER**

- 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 semaine du goût et autres actions avec dégustation

**AUTRES ATTENTIONS PARTICULIERES nécessitant des aménagements :**

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

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

Date :

SIGNATURE / CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

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 REPRESENTANTS LEGAUX

### AMENAGEMENTS SPECIFIQUES à PREVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTEE

- Besoins spécifiques supplémentaires :

- Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :

DATE :

Signatures : Médecin référent de la pathologie :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education 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 :

Frigidaire :  oui  non

**Si Déplacement, prendre la trousse d'urgence**

### DATES et SIGNATURES

Date : ...

Pour une durée de :

Directeur/Chef d'Etablissement :

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

Professeur Principal :

Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire (s) extérieur (s) :