

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

l'enfant ou l'adolescent concerné

NOM, PRÉNOM :classe :
né le :
nom de la collectivité d'accueil :
Horaires de présence à l'école: matin.....après-midi.....
Restauration scolaire : oui non
Présence périscolaire : garderie, CLAE, études oui non

les responsables de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence

NOM :..... PRENOM..... Qualité Adresse :..... tel domicile..... tel professionnel :.....	NOM :..... PRENOM..... Qualité Adresse :..... tel domicile..... tel professionnel.....
--	--

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :.....
.....
.....

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé sur évoluant une longue période , afin que la collectivité d'accueil puisse intervenir en cas d'urgence et lui permette de suivre son traitement et/ ou son régime.

Je soussigné....., père, mère, tuteur, certifie que mon enfant souffre de

et demande pour lui la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement scolaire : école, cantine, temps périscolaire
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et administrer les traitements prévus dans ce document

signature :

***Si nécessité d'appeler les services d'urgence : 15 ou 112 (portable)**

- Demander le médecin régulateur qui apportera aide et conseil
- Signaler la raison du PAI
- Donner des réponses brèves et précises aux questions posées
- Ne pas raccrocher avant que le médecin régulateur vous le dise.

PROTOCOLE DE SOINS pour L'ACCUEIL en COLLECTIVITE

d'un enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période

(circulaire 2003-135 su 8 septembre 2003)

NOM, Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Ecole:

Maladie chronique : (information susceptible d'être fournie aux services d'urgence en cas de nécessité)**ALLERGIE :**

Traces autorisées : oui non

Contact cutané autorisé : oui non

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER**CONDUITE A TENIR****Mineurs** : nécessitant une surveillance plus attentive, un traitement.noter l'heure
prévenir les parents**Urticaire :**

Anti-histaminique :

Conjonctivite, Rhinite :**Oedème :**

Anti-histaminique :

Corticoïde :

Troubles digestifs : maux de ventre, vomissements

Surveillance simple

Asthme : toux sèche, sifflements, gêne respiratoire

VENTOLINE (ou autre broncho-dilatateur)

.....bouffées à renouveler aprèsminutes

chambre d'inhalation : oui non

Sévères : nécessitant des mesures à prendre en urgence :**Mettre l'enfant au calme, rester à côté de lui et le rassurer, une autre personne appelle le SAMU : 15****Malaise général****Étouffement** : gêne respiratoire importante avec toux rauque, voix modifiéeFaire un **Anapen*/Jext*/Epipen*****Association de 2 des signes suivants :**

- Urticaire étendue avec œdème du visage
- Asthme
- forts maux de ventre, vomissements

Injection sur la face antérieure ou externe de la cuisse, laisser appuyé 10 secondes.

et appeler le SAMU : 15**ORDONNANCE JOINTE** (en cas de prise de médicaments nécessaire pendant le temps de présence de l'enfant dans la Collectivité d'accueil)

date :

CACHET du MEDECIN, signature

NOM :

PRENOM :

DATE :

MEDICAMENTS à disposition dans L'ETABLISSEMENT :

Ils seront apportés par les parents dans un contenant fermé et marqué lisiblement au nom de l'enfant

lieu de rangement à l'école : (accessible aux adultes en charge de l'enfant sur tout le temps de présence de l'enfant à l'école) :

NOM	POSOLOGIE	Mode de prise	personnel chargé d'administrer le traitement
1			
2			
3			
4			

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

☐ Nécessité d'un régime alimentaire, **éviction** :

Traces autorisées: oui non

☐ Classe transplantée, sortie scolaire, déplacements : faire suivre le PAI, le traitement, se renseigner sur les services de soins de proximité, les modalités d'accueil, de transport, de restauration

☐ Menus à valider avant le départ selon les situations

PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE, sur le temps scolaire (Préciser les modalités :coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours)

REGIME ALIMENTAIRE selon la prescription médicale

☐ Paniers repas*

☐ Suppléments caloriques fournis par la famille

☐ **Les parents surveillent les menus** et apportent le cas échéant un plat de substitution

☐ Collations supplémentaires (fournies par la famille) – horaires à préciser

☐ Possibilités de se réhydrater en classe

☐ Autre: (à préciser).....
.....

*Les plats seront apportés dans une boîte bien fermée et marquée au nom de l'enfant

Les plats frais seront gardés au réfrigérateur et rendus le jour-même en cas de non consommation

Trousse d'urgence :

- La trousse d'urgence est fournie par les parents.
- Les parents fournissent les médicaments, il est de **leur responsabilité de vérifier les dates de péremption.**
- La trousse d'urgence contient un double de ce document en totalité + ordonnance
- **Elle sera emportée lors de toutes les sorties pédagogiques**

➤ **Les parents s'engagent** à informer le directeur ou chef d'établissement en cas de changement de la prescription médicale.

➤ **En cas de remplacement d'enseignant ou de tout personnel**, le directeur transmettra l'information.

Les signataires	Nom	Signature
Les parents (ou représentant légal)		
Le chef d'établissement / Le (La) directeur (trice) d'école		
L'enseignant(e)		
Le médecin de l'Education nationale		
L'infirmier(ère)		
Le maire ou son représentant		
Renouvellement		