

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(Circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

L'enfant ou l'adolescent concerné

NOM, PRÉNOM : classe :
Né(e) le :
Nom de la collectivité d'accueil :
Adresse :
Téléphone :
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 :	NOM :
PRENOM.....	PRENOM.....
Qualité	Qualité
Adresse :	Adresse :
.....
Tel domicile.....	Tel domicile.....
Tel professionnel :	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.....

Tel :

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 :

Date :

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 D'URGENCE EN CAS D'ALLERGIE ALIMENTAIRE

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

NOM :	Prénom :	Poids :
Né(e) le :	Ecole :	Classe :

Allergènes précisés par le dernier bilan allergologique :

Restauration collective autorisée en accord avec le distributeur : Oui Non

Panier repas : Oui Non

Traces autorisées : Oui Non

Contact cutané autorisé : Oui Non

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
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 Etouffement : gêne respiratoire importante avec toux rauque, voix modifiée Association de 2 signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Urticaire étendu avec œdème du visage - Asthme - Forts maux de ventre, vomissements 	Faire un Anapen*/Jext*/Epipen*/Emerade* Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Injection sur la face antérieure ou externe de la cuisse, Maintenir le stylo pendant 10 secondes. Et appeler le SAMU : 15
Mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive, un traitement	Noter l'heure : Prévenir les parents, surveiller l'enfant Si pas d'amélioration rapide appeler le 15 Antihistaminique : Lequel ? : Corticoïde : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel ? :
Urticaire (plaques rouges) : <input type="checkbox"/> Démangeaisons : <input type="checkbox"/> Conjonctivite, rhinite : <input type="checkbox"/> Œdème (gonflement) : <input type="checkbox"/> Troubles digestifs : Maux de ventre : <input type="checkbox"/> Vomissements : <input type="checkbox"/>	
Asthme : toux sèche, sifflements, gêne respiratoire	VENTOLINE (ou autre broncho-dilatateur) bouffées à renouveler aprèsminutes Chambre d'inhalation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

NOM - Prénom de l'élève :

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.

SIGNATURES

Signataires	Date du 1 ^{er} PAI	Dates des renouvellements			
Représentants légaux					
Père					
Mère					
Elève majeur / Autres					
Etablissement Ecole					
Chef d'établissement Directeur d'école					
Professeur principal					
Infirmier(ère)					
Professeur D'E.P.S					
Partenaires					
Médecin traitant ou spécialiste					
Intervenants extérieurs					
Maire ou Responsable de la restauration					
Maire ou Responsable du service périscolaire					
Médecin de l'E.N					