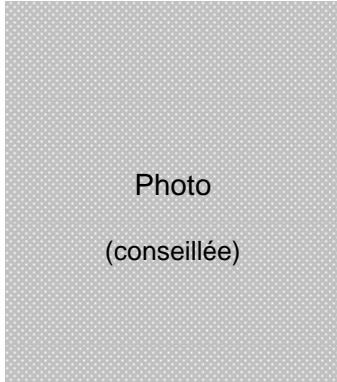


Projet d'Accueil Individualisé Allergie

circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)
 circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE



Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

Année scolaire du 1 ^{er} PAI PAI reconduit pour l'année scolaire
--

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je, soussigné (e), père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur :
 Tél :

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

Signature du représentant légal et date :

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer. Signatures du PAI et date :		
Responsable établissement ou directeur d'école	Enseignant de l'élève	Médecin éducation nationale
Si nécessaire, Mme ou M. le Maire, (ou son représentant)		

Chef d'Etablissement :

Etablissement :

Adresse de l'établissement :

.....

Tél :



Mairie de :

Médecin de l'éducation nationale, coordonnateur médical du Projet d'Accueil Individualisé pour le temps placé sous la responsabilité de l'éducation nationale

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard 	15
Sur téléphone portable 	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Le médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Pour tous les enfants concernés

➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence :

- Ecole :

- Cantine :

- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale.

➤ **Démonstration d'injection d'adrénaline faite :** Oui

➤ **En cas de déplacement scolaire : sorties et/ou classes transplantées**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu de déplacement à l'étranger

➤ **En cas de changement d'enseignant**

- L'établissement doit faire suivre l'information de façon prioritaire.

➤ **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps ne relèvent pas de l'éducation nationale ; leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.

Besoins spécifiques de l'élève

Personnes présentes lors du PAI non signataires de la page de garde

NOM	FONCTION	SIGNATURE

Besoins spécifiques de l'élève
(à remplir recto/verso par l'allergologue)

Nom et Prénom de l'élève :

Date de naissance :

➤ **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :**

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés (cf. annexe C circulaire restauration scolaire BO spécial n°9 du 28/06/2001)
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- Menus habituels avec éviction simple gérée par l'élève, sans garantie de la connaissance exacte de la composition des plats par le service de restauration

➤ **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple par l'élève
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

➤ **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser)

➤ **Autres aménagements (à détailler)**

Date :

Signature et cachet du médecin :

Protocole de soins d'urgence

A renseigner par l'allergologue qui suit l'enfant

Nom et Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Poids :

Allergie à :

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : Joindre l'ordonnance détaillée correspondante

- Antihistaminique :
- Corticoïdes :
- Broncho-dilatateur :
- Adrénaline injectable :
- Autres :

Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable), pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aigüe	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés,

Rester à côté de l'élève

Date :

Signature et cachet du médecin :