

Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).

- Garderie
- Cantine
- Accueil Collectif des Mineurs

ELEVE CONCERNE :

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	ADRESSE :
ECOLE DE REFERENCE :	SEXE :

Année scolaire du 1er 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 : Cantine, garderie, temps périscolaire et extrascolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document

Signature du représentant légal:

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences :

Sur téléphone standard 15

Sur téléphone portable 112

Les parents ou représentants légaux

Monsieur

Madame

Nom

Prénom

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 (éventuellement)

Nom

Adresse

Téléphone

Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Etablissement :

Allergie à.....

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : L'ordonnance détaillée pour les soins, et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

Antihistaminique :

Corticoïdes :

Broncho-dilatateur :

Adrénaline injectable :

Autres :

**Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant Appeler le SAMU
(15 ou 112 sur portable) et pratiquer :**

Merci de remplir les champs
de manière lisible

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'orties, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés, Eternuements, écoulements du nez	
Œdème sans signes respiratoires	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'enfant ou de l'adolescent

Date :

Signature et cachet du médecin

Pour tous les enfants concernés

∅ Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

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

- Cantine de l'école
- Garderie de l'école
- Accueil Collectif de Mineurs

- Les troussees 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 attaché à la Collectivité en cas de changement de la prescription médicale

∅ En cas de déplacement scolaire, classes transplantées ou sorties

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document

∅ En cas de changement du personnel encadrant

- Faire suivre l'information de façon prioritaire.

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

Ø Restaurant scolaire (cocher la mention retenue) :

- Accueil standard
- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
-

Ø Les goûters

- Goûters habituels autorisés
- Goûters apportés par l'élève seuls autorisés

Ø 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).....

Ø Autres aménagements (à détailler) :

.....

.....

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Etabli le

- ✚ Nom de l'enfant.....
- ✚ Prénom.....
- ✚ Date de naissance.....
- ✚ Etablissement scolaire de référence :.....
- ✚ Classe :.....

Signatures :

Le Médecin attaché
à la Collectivité

Le Responsable du Service
Périscolaire/Extrascolaire

Les Parents

L'Animateur ou l'Atsem