

Établissement n° de TEL et
tampon

PHOTO

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE 3

Circulaire n° 2003-135 du 08-09-2003 (BOEN n° 34 du 18-09-2003), et l'article D 351-9 du code de l'Éducation

(À remplir par les parents)

ELÈVE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Restauration/goûter :

oui

non

Temps d'activité périscolaire :

oui

non

Centre de loisirs :


oui

non


garçon

filles


RESPONSABLES LEGAUX ET PERSONNES À JOINDRE

Nom - Prénom	

MEDECIN REFERENT DE L'ENFANT POUR LA PATHOLOGIE CONCERNEE

Nom	

MEDECIN TRAITANT

Nom	

(À remplir par la-le directrice-teur d'école ou secrétariat de l'établissement)

Année	Année Scolaire	Classe
1 ^{re} demande		
Reconduction 1		
Reconduction 2		
Reconduction 3		
Reconduction 4		

Enfant :

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

(À remplir par le médecin référent de la pathologie ou le médecin de santé scolaire)

Environnement

Boissons abondantes, régulièrement réparties.

Autorisation de sortie de classe pour accéder aux toilettes

Éviter les expositions au froid :

Habillement en rapport avec la température extérieure (durant récréations en particulier) En période de grand froid, pas de récréation à l'extérieur

En cas de choc, de traumatisme, pas de refroidissement physique (type pansement froid)

En période de fortes chaleurs : suivre les recommandations du ministère de la santé

Pas de port de charges lourdes

Double jeu de livres

Accès à l'ascenseur

Éviction des fèves : oui non

Éducation physique et sportive

Possibilité de boire sans restriction,

Repos en cas de fatigue (et/ou d'essoufflement)

Endurance contre-indiquée : oui non

Natation : vérifier la température de l'eau

si $\theta^\circ < 25^\circ$: bain interdit

si $\theta^\circ \geq 25^\circ$: sortir de l'eau dès la sensation de froid, se sécher immédiatement, voir se rhabiller (prévoir serviette et survêtement au bord du bassin)

Aides à la scolarité

Tenir compte de la fatigabilité liée à la pathologie

Organiser un soutien scolaire dès que nécessaire

En cas d'hospitalisations répétées ou de maintien à domicile : assurer le suivi scolaire.

Le cas échéant, contacter le service de soutien scolaire à domicile (SAPAD) ou le service de l'école à l'hôpital :

Moyens de liaison choisis entre la classe et l'élève :

Classes externées

Tout séjour au-dessus de 1 500 m est interdit

En cas de projet de classe nature, un document spécifique établi par le médecin référent sera remis à l'enseignant. La famille veillera à prendre rendez-vous un mois à l'avance avec le médecin référent.

Veiller à un habillement adapté (éviter les vêtements serrés), éviter tout refroidissement

Emporter le carnet de santé (sous enveloppe)

Traitement quotidien occasionnel

en relai d'un traitement initié au domicile (ordonnance remise par les parents)

Paracétamol

Salbutamol

Enfant :

PROTOCOLE D'URGENCE
(À remplir par le médecin référent de la pathologie)

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR POIDS DE L'ENFANT :
DOULEUR ISOLÉE (sans fatigue ni pâleur ni fièvre)	<ol style="list-style-type: none">1. appeler les parents, mettre l'enfant au repos, le réchauffer, lui donner à boire2. et donner paracétamol (suspension buvable 2,4 %, sachet, comprimé, gélule) 1 dose pour..... kg ou bien3. si la douleur persiste au bout de 30 minutes : donner ibuprofène (suspension buvable 20 mg/ml ou comprimé à mg) 1 dose pour kg ou comprimé4. si la douleur persiste au bout de 30 minutes une consultation médicale est <u>urgente</u> : appeler à nouveau les parents et s'ils ne sont pas joignables très rapidement, appeler le 155. si l'enfant est resté à l'école, donner une 2^e dose de paracétamol 6 heures après la 1^{re} prise
PÂLEUR AVEC FATIGUE INTENSE D'APPARITION RAPIDE ET/OU FIÈVRE ≥ 38.5 °C	une consultation hospitalière pour bilan est <u>urgente</u> : appeler les parents et le 15 pour transport de l'enfant au centre hospitalier référent en attendant le service d'urgence : mise au repos + boisson + éviter tout refroidissement et donner en cas de fièvre : paracétamol 1 dose pour..... kg ou 1 sachet à ... mg ou TAUX D'HÉMOGLOBINE DE BASE :
GENE RESPIRATOIRE OU TOUX	Salbutamol
<p>Noter la date et l'heure de survenue des signes observés et les médicaments donnés. Si aggravation, contacter le SAMU : 15 Rester à côté de l'élève jusqu'à l'arrivée des secours et leur remettre un double du PAI. La trousse de médicaments (hors de portée des élèves), doit être accessible à tous les intervenants : enseignants, personnels éducatifs et d'animation. Préciser que l'enfant est suivi dans le centre hospitalier :</p>	

DATE, SIGNATURE ET COORDONNÉES DU MÉDECIN RÉFÉRENT :

Parents : 


Enfant :

Afin de respecter le secret médical, aucun diagnostic ne peut apparaître sur ce document. La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient aux parents. Les personnels sont astreints au secret professionnel et ne se transmettent que les informations strictement nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Le médecin référent de la pathologie renseignera et signera le protocole d'urgence et l'éventuel traitement quotidien. Le médecin de santé scolaire validera le PAI et précisera si besoin, les aménagements nécessaires sur le temps scolaire. Une copie du PAI sera transmise au service d'urgence en cas de transfert vers une structure hospitalière par le directeur ou le référent périscolaire, si possible. Tout personnel remplaçant, animateur, éducateur sportif sera informé de ce PAI par le directeur. Une copie du PAI sera remise aux parents par le directeur ou le secrétariat de l'établissement. Tout départ en classe transplantée pourra être l'objet de précisions complémentaires au PAI. La trousse d'urgence comprenant les médicaments d'urgence et une copie du PAI seront emportées lors de tout déplacement hors de l'école.

(à remplir et à signer par le(les) représentant(s) légal(aux))

*Je, soussigné-e.....
parent, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale de son médecin.*

- *Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant.*
- *J'autorise tout personnel adulte de l'établissement à administrer les traitements et à pratiquer les gestes prévus dans ce document.*
- *Je m'engage à fournir les médicaments nécessaires dans une trousse identifiée aux nom et prénom de mon enfant avec une photo, à vérifier leurs dates de péremption et à les renouveler si nécessaire.*
- *Je m'engage à fournir une nouvelle ordonnance de moins de trois mois, à chaque rentrée scolaire de septembre.*
- *J'ai pris connaissance que toute modification du protocole d'intervention d'urgence et/ou besoins spécifiques de mon enfant fera l'objet d'un nouveau PAI. J'aurai à le signaler à la directrice, directeur, à la principale, principal, proviseure, proviseur.*

NOM, DATE ET SIGNATURE DU (DES) REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX) :

NOM, DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN DE SANTÉ SCOLAIRE :

Reconductible en l'absence de modification ans.

NOM, DATE ET SIGNATURE DU DIRECTEUR-TRICE OU DU PRINCIPAL-E OU DU PROVISEUR

RESPONSABLE PERISCOLAIRE				

Enseignant-e				
Sport				
Arts				

Lieu de rangement de la trousse :