

- ☐ Education Physique et Sportive (EPS): se référer au **certificat médical national réglementaire** spécifique
- ☐ Tout type de déplacement et EPS : prendre trousse d'urgence
- ☐ Précautions si activité en extérieur (récréation...) :
- ☐ Classe transplantée : voir page 4/4
- ☐ Accès prioritaire à la restauration scolaire :
- ☐ Régime alimentaire :
- ☐ Temps de repos, sieste, horaire adapté ...:
- ☐ Boisson (classe), collation supplémentaire, sortie de classe selon besoin de l'élève (toilette, infirmerie...) :
- ☐ Accessibilité classe/cour, sanitaires, local de soins, adaptation mobilier :
- ☐ Service d'assistance pédagogique à domicile (SASPAD)
- ☐ Double jeu de livres :
- ☐ Autres :

Traitement médical au quotidien (médicaments, soins, régime alimentaire...)
Joindre l'ordonnance si prise médicamenteuse sur temps scolaire ou périscolaire :

Date :Signature et cachet du médecin référent pour la pathologie

PROTOCOLE d'INTERVENTION MEDICALE d'URGENCE

(Sauf ALLERGIE) En conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, appeler le Centre 15 / 112**

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :SIGNATURE et CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE

RESTAURATION SCOLAIRE / GOUTER

- ☐ Non Autorisé
- ☐ Autorisé avec panier repas familial seul, si possible dans la collectivité territoriale compétente
L'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille.
- ☐ Autorisé avec plateau spécifique industriel garanti sans allergènes si proposé par la collectivité territoriale compétente.
- ☐ Menu habituel sous réserve d'éviction simple du ou des aliments allergènes, si possible dans la collectivité territoriale compétente (Les parents prendront connaissance des menus)
Préciser lesquels :
- ☐ Eviction alimentaire complète lors de semaine du goût et autres actions avec dégustation

AUTRES ATTENTIONS PARTICULIERES nécessitant des aménagements :

- ☐ Manipulation : pâte à modeler, pâte à sel, cacahuètes, fruits à coque...
- ☐ Autres (exposition à des produits volatiles....) :

PROTOCOLE d'INTERVENTION MEDICALE d'URGENCE

A remplir par le médecin référent de la pathologie, en conformité avec l'ordonnance

- ⇒ **Alerter immédiatement le Centre 15/112 dès les premiers signes** : informer de l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté
- ⇒ **Noter la date et l'heure** de survenue des signes et des médicaments donnés. Rester à côté de l'élève jusqu'à amélioration ou l'arrivée des secours
- ⇒ **En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, rappeler le Centre 15 / 112**

SIGNES d'APPEL	CONDUITES A TENIR
Urticaire aigu: plaques rouges et démangeaisons	Faire avaler:
Œdème sans signe respiratoire: gonflement des lèvres, visage ou partie du corps et démangeaisons	Faire avaler:
Conjonctivite: Yeux rouges gonflés	
Crise d'asthme : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement, difficulté à parler...	Faire inhaler :..... bouffées consécutives de Chambre d'inhalation : ☐ oui ☐ non Si pas d'amélioration dans les minutes, faire à nouveau inhaler bouffées consécutives de Si toujours pas d'amélioration après un total de bouffées ou minutes, faire : Si échec des sprays avec aggravation OU d'EMBLEE SIGNES d'ASPHYXIE, injecter dans la face antérieure de la cuisse :
Œdème (laryngé) et signes respiratoires : Toux rauque, voix modifiée, étouffement	Injecter sur la face antérieure de la cuisse :
Malaise avec signes d'appel: fatigue inhabituelle, sensation de malaise avec une ou plusieurs manifestations allergiques (cutanée, gêne respiratoire, troubles digestifs...) Perte de connaissance :	Coucher l'élève et surélever ses jambes OU SI GÊNE RESPIRATOIRE l'installer en position demi-assise Injecter sur la face antérieure de la cuisse :

Date :SIGNATURE / CACHET du MEDECIN REFERENT pour la PATHOLOGIE ALLERGIQUE

Projet d'accueil individualisé

Nom :

Prénom :

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents** d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRESENTANTS LEGAUX

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES à PREVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTEE

- Besoins spécifiques supplémentaires :

- Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :

DATE :

Signatures :

Médecin référent de la pathologie :

Directeur/Chef d'Etablissement :Médecin Education Nationale :

Professeur Principal ou Accompagnant :Représentants Légaux :

TROUSSES d'URGENCE :

☐ Contenu : les médicaments fournis par les parents à l'identique de l'ordonnance et **le double de ce PAI**. Les parents **sont responsables** de renouveler les médicaments périmés ou utilisés.

☐ Lieu rangement fixe et accessible en permanence :Frigidaire : ☐ oui ☐ non

☐ **Si Déplacement, prendre la trousse d'urgence**

DATES et SIGNATURES

Date : ...

Pour une durée de :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education Nationale :
(en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire (s) extérieur (s) :

académie
Versailles

direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Hauts-de-Seine

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ELEVE CONCERNE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

ETABLISSEMENT CONCERNE

Année scolaire : 20 / 20

Restauration scolaire : Oui ☐ Non ☐

Classe :

Accueil périscolaire : Oui ☐ Non ☐

Photo de l'élève

Responsables à contacter			
	Père	Mère	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mail			

Médecins référents de la pathologie

Nom :

Mail :

Nom :

Mail :

Service hospitalier :

Mail

IMPORTANT

Les pages 2 et 3 sont à renseigner exclusivement par le médecin référent de la pathologie

Toute modification du protocole d'intervention d'urgence et /ou des besoins spécifiques de l'élève doit être datée, signée et tamponnée par le médecin la proposant dans le cadre d'un nouveau PAI.

⇒ Tout personnel remplaçant, animateur /éducateur sportif, assistant, doit être informé de ce PAI.

⇒ Obligation de **discrétion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**

Si appel Centre 15, préciser l'existence de ce PAI et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté

Page 4/4

Page 1/4