



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

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour enfants et adolescents atteints de trouble de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Photo de l'élève

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ

COLLEGE SAINT JOSEPH
1 RUE DU BAC
92600 ASNIERES SUR SEINE
Tèl : 01 47 93 26 43
Adresse mail : secretariatcollege@stjo-asnieres.fr

Année scolaire : 2020/2021 Restauration scolaire : Oui Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui Non

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 **discretion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**

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

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE (hors situation d'urgence)

- Education Physique et Sportive (EPS) : se référer au certificat médical national réglementaire spécifique
- Tout type de déplacement et EPS : prendre la 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 MÉDICALE 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 À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

Date :

SIGNATURE et CACHET du MÉDECIN RÉFÉRENT pour la PATHOLOGIE

ALLERGIES
Allergènes : Troubles Respiratoires connus : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RESTAURATION SCOLAIRE / GOÛTER :

- 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 la semaine du goût et autres actions avec dégustation

AUTRES ATTENTIONS PARTICULIÈRES nécessitant des aménagements :

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

PROTOCOLE d'INTERVENTION MÉDICALE 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 À 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 inhalerbouffées consécutives de Chambre d'inhalation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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'EMBLÉE 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 RÉFÉRENT 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 REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES à PRÉVOIR pour la CLASSE TRANSPLANTÉE

- Besoins spécifiques supplémentaires :

- Traitement médical et paramédical (ordonnance à joindre) :

DATE :

Signatures : Médecin référent de la pathologie :

Directeur / Chef d'Etablissement :

Médecin de l'Éducation 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 : Réfrigérateur : oui non
- Si déplacement, prendre la trousse d'urgence

DATES et SIGNATURES

Date : ...

Pour une durée de :

Directeur / Chef d'Etablissement :

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

Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

Partenaire(s) extérieur(s) :