



Projet d'Accueil Individualisé ALLERGIES

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

ELEVE CONCERNE

Photo	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.

Je soussigné....., 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.....

tel :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement ou lors des sorties scolaires.

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

Signature du représentant légal:

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer

Signatures du PAI et date :

Chef d'établissement
ou son représentant

Représentant(s) légal/légaux

Médecin

Etablissement : **Collège-Lycée Saint-Exupéry**..... Année Scolaire :

Adresse de l'établissement : **11 rue Michael Faraday 78180 Montigny-le-Bretonneux**

Chef d'Etablissement : **Marie-Françoise TOULEMONDE-BARNAY**

Tél. : 01 30 58 37 00

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux

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

Le médecin qui suit l'enfant et qui a rédigé le protocole de soins d'urgence

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant et qui a rédigé le protocole de soins d'urgence

Nom	
Adresse	
Téléphones	

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.....
- 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 l'établissement en cas de changement de la prescription médicale

➤ **En cas de déplacement scolaire : séjours ou sorties**

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

Besoins spécifiques de l'élève

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

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les enfants ou les parents)
- Autre (préciser)

➤ **Aménagements à détailler**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signatures et date :

Chef d'établissement
ou son représentant

Représentant(s) légal/légaux

Protocole de soins d'urgence ALLERGIES
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Classe : _____
Etablissement : **Collège-Lycée Saint-Exupéry**

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 :

Conduite à tenir en cas de crise

Noter l'heure et l'apparition des signes cliniques :	
Signes d'appel	Conduite à tenir et/ou traitement et posologie
Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Appeler le SAMU 15 :

- Informer de l'existence et du contenu du PAI
- Signaler ce qui a été fait (heure apparition des signes cliniques, médicaments donnés)

Avertir ou faire avertir les parents ou représentants légaux
Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date : _____ Signature et cachet du médecin