

**Projet d'Accueil Individualisé ; Commune de Saint Martin du Manoir**

Circulaire du projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)  
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 au 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

**ELEVE CONCERNE**



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_  
Année scolaire du 1<sup>er</sup> 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 ....., 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 : crèche, école, cantine, temps périscolaire.  
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 :**

Responsable établissement ou école    Médecin Ed Nat ou de l'institution    Maire ou son représentant

Etablissement : ..... Année Scolaire: .....

Adresse de l'établissement.....

Chef d'Etablissement : .....

Tél. : .....

Mairie de SAINT MARTIN DU MANOIR

**Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution, Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé**

NOM Prénom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau :
		Portable:

## PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux

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

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

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 le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution 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.
  - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger.
  
- **En cas de changement d'enseignant**
  - Faire suivre l'information de façon prioritaire
  
- **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**
  - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI

## Besoins spécifiques de l'élève

- **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue):**
  - Non autorisé.
  - Paniers repas seuls autorisés
  - Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
  - Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
  - Autre (préciser -
  
- **Les goûters**
  - Goûters habituels autorisés
  - Consommation des goûters habituels avec éviction simple
  - Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève
  
- **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) : .....
  
- **Autres aménagements à détailler**
  - .....

# 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 :**

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Éternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	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**