

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
PAI

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (bulletin officiel n°34 du 18/09/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (bulletin officiel spécial n°9 du 28/06/2001)

ENFANT CONCERNE :

PHOTO	<u>Nom :</u>	<u>Prénom :</u>
	<u>Adresse :</u>	
	<u>Date de naissance :</u>	<u>Age :</u>

Année 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 du 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 une 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(e) 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 : école, restauration, temps périscolaire, accueil de loisirs, stage multi sports. Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Date et 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.

Signature du P.A.I, date et cachet selon le cas :

Médecin prescripteur

Responsable multi sports

Le Maire ou son représentant

Responsable centre de loisirs

Responsable accueil périscolaire

Dossier transmis au chef d'établissement pour information : le

SCOLAIRE / RESTAURATION :

Etablissement : Année scolaire :.....

Chef d'établissement :

Adresse de l'établissement :

Téléphone de l'établissement :

ACCUEIL PERISCOLAIRE :

Structure : Année scolaire :.....

Responsable de structure :

Adresse de la structure :

Téléphone de la structure :

CENTRE DE LOISIRS :

Structure : Année scolaire :.....

Responsable de la structure :

Adresse de la structure :

Téléphone de la structure :

STAGE MULTI SPORTS :

Date du stage multi sports : du.....au.....

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences :

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

L'allergologue qui suit l'enfant :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

→ **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin :**

- Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence :
.....
.....
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir le double de ce document, l'ordonnance et le traitement.
- 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 les personnes référentes en cas de changement de la prescription médicale.

→ **En cas de déplacement à l'extérieur :**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du P.A.I. et l'appliquer.
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document, l'ordonnance et le traitement.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement.

→ **En cas de changement d'enseignant ou de la personne référente :**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire.

→ **Pour les temps péri scolaire, restauration, accueil de loisirs, stage multi sports :**

Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire, il est donc important que ses représentants soient associés à la rédaction du P.A.I.

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Restaurant scolaire :

- Non autorisé
- Paniers repas y compris le pain seul autorisés
- Menus habituels avec éviction simple (lecture et validation des menus par les parents)
- Autres :

Les goûters :

- Non autorisé
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève
- Goûters habituels avec éviction simple
- Goûters habituels autorisés
- Autres :

Les activités d'arts plastiques :

Une attention particulière doit être apportée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coques, cacahuètes (arachides)
- Pâte à modeler
- Pâte à sel
- Autre :

Autres aménagements : à détailler

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Merci de cocher la mention retenue.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A COMPLETER PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Etablissement / structure :

Motif de la mise en place du PAI :
.....
.....

La trousse d'urgence (déposée dans la structure) doit contenir l'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments :

Antihistaminique :

Corticoïde :

Broncho-dilatateur : avec chambre d'inhalation
 sans chambre d'inhalation

Adrénaline injectable :

Valium intra rectal :

Antalgique :

Insuline :

Autres :

**POUR LA MISE EN PLACE DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE, IL EST
INDISPENSABLE QUE SOIT JOINT UNE ORDONNANCE DATEE ET SIGNEE,
PRECISANT LE TRAITEMENT ET SES MODALITES D'ADMINISTRATION.**

CONDUITE À TENIR EN CAS D'URGENCE

SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons Comme des piqûres d'ortie, Plaques rouges	
Conjonctivite / Rhinite	Yeux rouges, gonflés, Eternuements, écoulement Du nez.	
Œdème sans signes respiratoires	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, Etouffements.	
Choc ou malaise	Malaise avec ou sans Démangeaisons, gêne Respiratoire, douleurs Abdominales, nausées, Vomissements.	

UNE PERSONNE CONTACTE LE SAMU (15 OU 112) ET PREVIENT LES PARENTS PENDANT QU'UNE AUTRE PERSONNE PRATIQUE LES GESTES D'URGENCE.

NOTER LA DATE, L'HEURE DES SIGNES D'APPEL ET LES MEDICAMENTS ADMINISTRES ET RESTER A CÔTE DE L'ENFANT.

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN