

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE PAI
POUR ENFANT DIABETIQUE INSULINO DEPENDANT**

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 de 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	

Le diabétologue 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 :

- ☐
- Paniers repas y compris le pain seuls autorisés

Prévoir : → Un sac isotherme }
 → Un pain de glace } **Le tout marqué au nom de l'enfant.**
 → Une boîte (type tuperware) }
 → Assiette / verre / couverts

Les collations :

- ☐ Aucune prise alimentaire autre que les collations apportées par l'élève.

→ Nombre de collations par jour :
→ Horaires des collations :

Les activités sportives :

- ☐ Non autorisées
☐ Autorisées

Les sorties scolaires : emporter le traitement et les collations.

Autres aménagements : à détailler

[illegible]

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

☐ Glycémies capillaires (préciser la fréquence et les horaires) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Insuline (préciser la fréquence, les horaires, le nom du produit, le site d'injection, le protocole avec le dosage) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 Propre à l'enfant	CONDUITE À TENIR
Hypoglycémie sans perte de connaissance Glycémie capillaire $\leq$ à		- Glycémie capillaire (piqûre au bout du doigt) - Asseoir l'enfant - Re-sucrer l'enfant (sucre, confiture, jus de fruit) Si pas d'amélioration dans les 10 minutes, contacter le 15 et La famille.
Hypoglycémie avec perte De connaissance Glycémie capillaire $\leq$ à		- Allonger l'enfant en Position Latérale de Sécurité (sur le côté) - Ne rien faire avaler - Faire injection du Glucagen (cf ordonnance) Contacteur le 15 et la famille

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