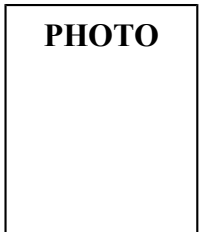




	<b>Projet d'Accueil Individualisé</b> (Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003) <b><u>ASTHME</u></b>	<b>TEL</b> <b>SAMU : 15</b>
--	---	--------------------------------

**L'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_



**L'établissement :**

Nom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Restaurant collectif :  OUI  NON      Accueil périscolaire :  OUI  NON

**Les parents(ou personne ayant la responsabilité de l'enfant) à prévenir :**

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom :		
Prénom :		
Tél domicile :		
Tél travail :		
Tél portable :		

Médecin traitant : .....  
Médecin spécialiste : .....

Tél :  
Tél :

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

➤ **Lieu(x) de rangement :**

- Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double du 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'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation nationale ou le médecin de PMI ou le médecin attaché à l'établissement

➤ **En cas de déplacement : 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.

**S'assurer du suivi des informations à toute nouvelle personne qui interviendra auprès de votre enfant.**

**Nom :**

**Prénom :**

**AUTRES AMENAGEMENTS : sport, accessibilité locaux, transports, toilettes...:**

**SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES**

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

Le : .....

A.....

Chef d'établissement ou  
Directeur :

Parents :

Médecin de l'Education Nationale ou  
PMI ou EAJE:

Infirmier(ère) :  
ou Puéricultrice

Enseignant :

Autres :

**DOCUMENTS INTERCALES :**

† Ordonnance mentionnant les mêmes médicaments que ceux indiqués dans le PAI

## **TEMPS PERI-SCOLAIRE DONT RESTAURATION**

Lorsque ces temps ne relèvent pas de l'Education Nationale, (restaurant scolaire, activités péri scolaires..) leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et de ses aménagements sont placées sous la responsabilité de la commune ou des associations

### **Partie à remplir par la collectivité organisatrice de la restauration :**

**Nom du représentant de la collectivité.....**

**Fonction : .....**

**Selon les informations fournies par le spécialiste qui suit l'enfant et le mode de gestion de la restauration, le type de prise en charge autorisé pour accueillir l'enfant au restaurant collectif est (cocher la mention retenue)**

- Pas de repas collectif
- Panier repas (fournis par la famille dès que l'enfant déjeune et ceci dans le respect du protocole joint)
- Repas spécifique garanti par la collectivité organisatrice de la restauration.....  
Préciser si besoin.....
- Menus habituels avec éviction simple par l'élève (**sous la responsabilité des parents par la lecture des menus**)

Maire ou son Représentant

Responsable de la restauration

Responsable accueil de loisir

**Nom :**

**Prénom :**

### **PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE ASTHME**

**Traitement sur le temps scolaire en cas de crise : à renseigner par le médecin qui suit l'enfant**

<b>Signes cliniques à surveiller</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<b>Signes d'appels de la crise :</b> -Toux sèche -Et /ou toux incessante -Et /ou sifflements	<b>Prévenir les parents</b>
<b>Si pas d'amélioration :</b>	
<b>Si la crise est sévère ou persiste :</b> -aggravation des signes de début : -Changement de couleur de la peau (pâlit, bleuit) -Gène respiratoire++ (sensation d'asphyxie) -Sueurs importantes -Trouble de la conscience	<b><u>Appeler le SAMU 15</u></b>

**En cas d'asthme d'effort : faire prendre ¼ d'heure avant l'effort :**

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

L'enfant doit être autorisé à s'arrêter s'il éprouve une gêne respiratoire surtout au cours des épreuves d'endurance

### **TROUSSE D'URGENCE**

<b>Nom</b>	<b>Posologie</b>	<b>Voie d'administration</b>	<b>Lieu de rangement</b>

**Date :**

**cachet et signature du médecin :**

### **ANNEXES**

### **LETTRE POUR LES PARENTS**

A Mme, M.....  
Parents de l'Enfant.....  
Classe.....

Madame, Monsieur,

Votre enfant présente un problème de santé pouvant nécessiter un traitement ou des soins à l'école.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Pour cela, vous voudrez bien :

- Compléter la page 1 du document (PAI) ci-joint.
- **Seule la page 3 intitulée protocole d'urgence**, est à remplir par le médecin.
- Joindre obligatoirement **l'ordonnance** correspondant aux soins d'urgence à mettre en place sur l'école ou l'établissement.
- **En cas d'allergie alimentaire : aucun PAI ne sera mis en place en l'absence de bilan allergologique datant de moins de 1 an : à joindre obligatoirement au protocole ainsi que toute information médicale utile à la prise en charge de l'enfant lors de la restauration Scolaire : autonomie dans la gestion de l'allergie, avis pour la cantine... (+ la page 4 du**

**Protocole).**

Ces documents devront être retournés **sous enveloppe cachetée** à la direction de l'école ou auprès du service infirmier de l'établissement.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (*attention, les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux inscrits sur le protocole d'urgence et l'ordonnance*).

Le Directeur  
Le Chef d'Etablissement

*Réf PAI : circulaire n° 2003-135 du 08.09.2003*