

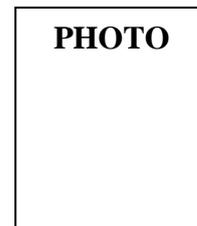
Tél SAMU : 15	Projet d'Accueil Individualisé (Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003)	Date de Signature PAI initial: _/_/_ : PAI reconduit le :
--------------------------	---	---

L'enfant :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____ Sexe : _____

**L'établissement :**

Nom : _____ Classe : _____

Restaurant collectif : OUI NONAccueil 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 :

Tél. :

Médecin spécialiste :

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 le médecin de l'éducation nationale et l'école 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 les informations de façon prioritaire ;

Nom :

Prénom :

A RENSEIGNER SUR LA STRUCTURE

Consommations alimentaires en dehors du restaurant collectif :

Cette partie concerne les collations, goûters, anniversaires et ateliers pédagogiques avec dégustation d'aliments :

L'enfant pourra consommer les aliments proposés en dehors du repas de midi

L'enfant ne pourra consommer que les aliments fournis par les parents

Autres :

Activités d'art plastiques ou ateliers cuisines (cocher la ou les mentions concernées)

L'enfant ne doit pas être en contact (même au toucher) avec :

Les aliments ci-dessous :

Œuf : fruits à coques : arachide : autres :

La Pâte à modeler (présence possible de céréales)

Les ballons de baudruche ou les gants en latex

Autres :

AVIS DU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE :

Repas à la cantine avec éviction simple : **sous la responsabilité de la famille**

Repas spécifique garanti par la collectivité organisatrice de la restauration

Panier repas

Repas au restaurant collectif contre indiqués

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES :

Sport :

Accessibilité des locaux :

Transports scolaires /Déplacements scolaires ou classe transplantées :

Autres :

Nom :

Prénom :

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

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.

Le :

A.....

Chef d'établissement ou
Directeur de l'école

Parents :

Médecin de l'éducation nationale :

Infirmière :

Enseignant :

Autres :

DOCUMENTS INTERCALES :

Ordonnance mentionnant les mêmes médicaments que ceux indiqués dans le PAI
Protocole d'urgence en cas : asthme ; allergie ; diabète ; épilepsie; autres

RESTAURATION SCOLAIRE ET TEMPS PERI-SCOLAIRE

Lorsque ces temps ne relèvent pas de l'Education Nationale, (cantines, activités péri scolaires..) leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et de ses aménagements sont placées sous la responsabilité du maire 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 (**sous la responsabilité des parents par la lecture des menus**)

Menu habituel (lecture du menu par les parents)

Maire ou son représentant

Représentation de la restauration

NOM :

Prénom :

**PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE :
ALLERGIE**

Traitement sur le temps scolaire : à renseigner par l'allergologue qui suit l'enfant

ALLERGIE de l'enfant:.....

Evictions alimentaires à mettre en place :.....

Evictions au contact à mettre en place :.....

SIGNES CLINIQUES à surveiller	CONDUITES à TENIR
→En cas d'ingestion accidentelle sans symptôme	Surveiller l'enfant : identifier l'évolution de son état
→ En cas d'apparition des symptômes suivants:	Prévenir les parents
Si urticaire: plaques rouges sur la peau qui démangent	
Et /ou rhinite +conjonctivite : yeux rouges, éternuements, écoulement du nez	
Et/ou œdème externe sans signe respiratoire : Gonflement des lèvres ou du visage ou d'une partie du corps	
Et/ou douleurs abdominales	
→ Nécessitant des mesures à prendre en urgence :	Prévenir le SAMU : 15 et suivre leurs directives :
Si Crise d'asthme : respiration difficile et/ou impression d'étouffer et/ou sifflement et /ou toux sèche; L'enfant se plaint de ne pas respirer correctement	
Œdème interne avec signes respiratoires : - gonflement de la langue, toux rauque, modification de la voix, signes d'étouffement	
Malaise : (tendance à l'évanouissement avec palpitations, voiles devant les yeux ou pâleur, transpiration profuse, sueurs froides, tremblements, chair de poule) et /ou démangeaisons , et/ou gêne respiratoire et /ou troubles digestifs avec, douleurs nausées, vomissements ; Perte de connaissance	

Noter la date, l'heure du début des signes et de l'administration des médicaments donnés toujours rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

TROUSSE D'URGENCE

Nom	posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement

Date :

Signature et cachet du médecin