



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ MUNICIPAL

ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

COLLER ICI
UNE PHOTO
RECENTE DE
L'ENFANT

Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).

ELEVE CONCERNE

NOM DE L'ENFANT :			PRENOM :		
Né(e) le :		Age :			
Ecole :	Classe :		Enseignant(e) :		

REFERENTS Á CONTACTER		
Les parents ou représentants légaux	Le médecin qui suit l'enfant	L'allergologue qui suit l'enfant
Nom :	Nom :	Nom :
Téléphones	Téléphones	Téléphones

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..... joint à ce document.

**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, accueils de loisirs
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document**

Signature du représentant légal :


QUALIFICATION DE LA PATHOLOGIE	
L'enfant :	Age :
Pathologie dont souffre l'enfant :	
Certificat médical remis en même temps que ce projet d'accueil individualisé municipal: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT EN TERMES DE PREVENTION (cocher la ou les cases)

<p><u>Les repas au restaurant scolaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents) <input type="checkbox"/> Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective <input type="checkbox"/> Paniers repas seuls autorisés (fournis par la famille ou de type Natama) <input type="checkbox"/> Non autorisé <p><u>Les goûters</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Goûters habituels autorisés <input type="checkbox"/> Consommation des goûters habituels avec éviction simple <input type="checkbox"/> Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève 	<p><u>Les activités d'arts plastiques</u></p> <p>Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fruits à coque, Cacahuètes (arachide) <input type="checkbox"/> Pâtes à modeler <input type="checkbox"/> Pâte à sel <input type="checkbox"/> Autres (préciser)..... <p><u>Autres aménagements à détailler</u></p> <p>.....</p> <p>Une attention particulière doit être portée lors de sorties (pique-nique....) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poils d'animaux <input type="checkbox"/> Echange de nourriture <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT EN TERMES DE CONDUITE A TENIR

Signes mineurs nécessitant Une surveillance		QUE FAIRE ?	
Cocher selon les cas	PEAU : des boutons ou plaques rouges apparaissent, l'enfant se gratte. Leur extension est un signe d'aggravation (cf signes majeurs)	⇒	Donner l'antihistaminique..... 1 pipette deml. Si pas d'amélioration au bout de 30 mns, ou extension, si aggravation : appeler le 15 ou 112 et donnez un corticoïde :comprimé ougouttes en 1 prise.
Cocher selon les cas	SOUFFLE : la personne est gênée pour respirer, sa respiration siffle, il tousse, elle vomit	⇒	Faire respirer 2 bouffées du bronchodilatateur. Recommencer 2 mns plus tard si nécessaire. Si échec au bout de 2 mns encore, appeler le SAMU au 15 ou 112 et donnez un corticoïde :comprimé ougouttes en 1 prise.
Signes majeurs nécessitant une mesure d'urgence		QUE FAIRE ?	
Cocher selon les cas	PEAU : la personne se couvre de boutons ou de plaques rouges qui la démangent. Elle a les lèvres, les paupières et parfois d'autres parties du visage qui gonflent. Sa voix change, stridule. Elle est très gênée pour respirer (sensation d'étouffer)	⇒	appeler le SAMU au 15 ou 112. Dans l'attente : Faire respirer 2 bouffées du bronchodilatateur dans la chambre d'inhalation. Recommencer 2 mns plus tard si nécessaire. Toujours à 2 mns : donner deux fois la dose d'antihistaminiqueou donner comprimés de corticoïdes
Cocher selon les cas	SOUFFLE : la personne est très gênée pour respirer et pour parler. Elle respire vite et superficiellement, la couleur de ses lèvres, de sa peau bleuit, elle transpire, elle a du mal à tenir debout	⇒	Si pas amélioration encore, faire respirer à la personne un aérosol de 8 à 10 bouffées du bronchodilatateur ou utiliser l'adrénaline injectable.
Cocher selon les cas	La personne a un malaise ou perd brutalement conscience dans les suites d'une crise d'asthme, ou d'une éruption généralisée avec des plaques rouges qui la grattent ou encore d'un gonflement.	⇒	appeler le SAMU au 15 ou 112. Dans l'attente : utiliser l'adrénaline injectable.

	La personne ne tient plus debout, ne parle plus.		Si la trousse de secours comporte deux stylos injecteurs utiliser le second 10 mns après.
Cocher selon les cas	Autres signes :		Protocole associé :

LA TROUSSE D'URGENCE

- Elles ne contiennent que les médicaments **prescrits par le médecin**
- Les trousses sont fournies par les parents en autant d'exemplaires que l'enfant fréquente de structures 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 les services municipaux en cas de changement de la prescription médicale

Composition de la trousse d'urgence :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique : | <input type="checkbox"/> Anapen à 0,15 mg : |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes : | <input type="checkbox"/> Anapen à 0,3 mg : |
| <input type="checkbox"/> Broncho-dilatateur : | <input type="checkbox"/> Ordonnance : |
| <input type="checkbox"/> Adrénaline injectable : | <input type="checkbox"/> Autre : |

Cadre réservé à l'administration

L'enfant (nom/prénom) fréquente (cocher la case souhaitée)

- L'école : la trousse d'urgence est stockée :
- Le restaurant scolaire : la trousse d'urgence est stockée :
- La garderie : la trousse d'urgence est stockée :
- L'accueil de loisirs maternel / primaire / Escalé : la trousse d'urgence est stockée :

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 :

Médecin traitant ou spécialiste

Maire ou son représentant

Représentant de la société de restauration