

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Proposé par Vaincre la Mucoviscidose

Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005

Année Scolaire :/.....

Durée validité : Année scolaire en cours

Etablissement :

Renseignements concernant l'élève :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable mère / père :

☎ Travail mère / père : E-mail :

Type de scolarisation :

Temps plein Temps partiel Temps partiel + CNED

Coordonnées des parties prenantes :

Chef d'établissement ou son représentant :

☎ : E-mail :

Médecin scolaire :

☎ : E-mail :

Infirmière scolaire :

☎ : E-mail :

Médecin traitant :

☎ : E-mail :

Service hospitalier spécialisé :

☎ : E-mail :

Représentant d'association :

☎ : E-mail :

Autre (préciser) :

☎ : E-mail :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

1. Au plan matériel :

- Double jeu de livres
- Salle de classe en rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Dans la salle de classe, prévoir une place à l'abri du soleil direct (pour éviter la déshydratation)
- Eviter l'attente au restaurant scolaire
- Lieu de repos
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)

♦ **TRANSPORTS :**

En cas de trajets trop longs et mal adaptés, il est nécessaire d'étudier la possibilité d'une prise en charge par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

2. Au plan médical :

Veillez au respect de l'interdiction de fumer dans les locaux

♦ **Aménagements particuliers liés aux soins, dans le cadre de l'établissement scolaire :**

- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Possibilité de se réhydrater en classe en cas de grosse chaleur
- Intervention d'un kinésithérapeute dans l'établissement scolaire
- Local discret pour la kinésithérapie ou les soins
- Intervention d'une infirmière (soins pendant les cures intraveineuses)
- Autre :

KINÉSITHÉRAPEUTE : (coordonnées)

Heures et jours à préciser :

Lieu d'intervention :

INFIRMIÈRE : (coordonnées)

Heures et jours à préciser :

Lieu d'intervention :

♦ **Traitement médical :** (*Prise de médicaments sur ordonnance*)

- Enzymes pancréatiques (*avant le repas*)
- Spray inhalé
- Antibiotiques intraveineux
- Antibiotiques oraux
- Oxygène :
Durée journalière : Horaires :
- Insuline (*en cas de diabète*)
- Patient greffé : Consulter le médecin traitant pour les traitements particuliers

♦ **Hygiène** : Rappel de quelques règles à respecter

La Mucoviscidose n'est pas une maladie contagieuse mais les jeunes malades risquent de nombreuses infections.

- Inciter l'enfant à se laver les mains avant et après chaque récréation, repas ou collation.
- Eliminer les eaux stagnantes (fleurs coupées, bacs à réserve d'eau, aquarium).
- Si possible : Désinfection des lavabos, robinets et toilettes 2 à 3 fois par semaine et désinfection des jouets tous les jours. En maternelle, réserver un WC pour l'enfant malade.
- Des précautions particulières doivent être prises impérativement lors des travaux pratiques de microbiologie (éviter la présence de *Pseudomonas Aeruginosa* et de *Staphylococcus aureus*). Il est conseillé : le port de masque, gants, le lavage des mains ou solution hydroalcoolique, l'aération des pièces. En cas de doute, il vaut mieux dispenser l'élève des manipulations.
- La présence simultanée de plusieurs enfants mucoviscidosiques dans l'établissement doit faire l'objet d'une attention particulière, notamment en évitant leur proximité immédiate en classe, au restaurant scolaire, dans les activités de jeux, de façon à éviter les infections de l'un à l'autre.

♦ **Régime alimentaire** :

- Suppléments caloriques (*fournis par la famille*)
- Collations supplémentaires (*fournies par la famille*) - horaires à préciser -
-
- Autres (à préciser) :

3. Au plan pédagogique :

♦ **ASSISTANCE PEDAGOGIQUE A DOMICILE** :

- Mise en place de l'Assistance Pédagogique à Domicile (*en cas d'absence prolongée ou répétée*)

Matières concernées	Nombre d'heures envisagées	Enseignants concernés

- Autres moyens utilisés (à préciser) :
-
-

♦ **EXAMENS** :

- Demande de tiers-temps aux examens
- Demande de tiers-temps aux contrôles continus
- Place à l'abri du soleil direct (pour éviter la déshydratation)

♦ **EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE** :

Sports à adapter éventuellement : *Voir avis du médecin traitant*

.....

.....

.....

Natation : Oui Non

- Conditions : - Contrôle bactériologique régulier de l'eau des bassins.
- Par temps froid, veiller à ce que l'élève soit bien couvert à la sortie.

♦ **SORTIES ET VOYAGES** : (Ex : Classe verte, voyage à l'étranger...)

Voir à compléter la feuille en annexe.

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

1. Signes d'appel (peuvent être dissociés ou associés) :

- Douleur abdominale
- Cyanose
- Gêne respiratoire
- Fièvre
- Malaise
- Hémoptysie / Saignements + importants

2. Mesures à prendre (à déterminer avec le médecin traitant) :

Informations à fournir au médecin d'urgence (à déterminer avec le médecin traitant) :

3. Référents à contacter :

Appels : (Numéroté par ordre de priorité)

- Parents : ☎ domicile : ☎ travail :
☎ portable :
- SAMU :
- Médecin : ☎ :
- Pompiers :
- Service hospitalier :
☎ :

Ce projet est approuvé par toutes les parties prenantes en présence,

Le : (date de la signature)

Les parents : L'élève :

Le professeur des écoles ou le professeur principal :

Le chef d'établissement ou son représentant :

Le médecin scolaire : L'infirmière scolaire :

Fortement recommandé : Le professeur de Physique-Chimie :

Le professeur d'EPS : Le professeur de SVT :

Si besoin :

Le kinésithérapeute :

Le représentant de la municipalité (si le restaurant scolaire en dépend) :

Le coordinateur départemental, chargé de l'Assistance Pédagogique à Domicile :

Le représentant de l'association :

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter l'association Vaincre la Mucoviscidose - 01.40.78.91.91
info@vaincrelamuco.org - www.vaincrelamuco.org

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ADDITIF SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES

Date de la sortie ou voyage :

Destination :

Valable uniquement pour la durée du séjour

♦ **L'ENFANT**

NOM et Prénom :

Adresse pendant le voyage :

.....

☎ :

♦ **LES PARENTS**

NOMS et Prénoms :

Adresse :

☎ :

♦ **ACCOMPAGNATEUR GENERAL**

NOM et Prénom :

Fonction :

☎ :

♦ **ACCOMPAGNATEUR MEDICAL RESPONSABLE**

NOM et Prénom :

Fonction :

☎ :

Son rôle : Contrôle de la prise de médicaments, administration dans certains cas...

♦ **TRAITEMENT MEDICAL :**

Rangement des médicaments sur place :

.....

.....

➤ **Aérosols**

Produit et mode de conservation :

.....

.....

Conditions :

Nombre de séances : Heure : Durée :

➤ Enzymes et traitement de la digestion :

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

➤ Compléments alimentaires et vitamines :

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

➤ Antibiotiques :

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

◆ KINESITHERAPIE :

- En autonomie
- Assurée par un kinésithérapeute

NOM et Prénom :

Adresse :

☎ :

- Assurée par une tierce personne

NOM et Prénom :

Fonction :

◆ REPAS

Régime alimentaire hyper calorique :

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

◆ PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

Que faire en cas de douleur, symptômes... ?

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

Date :

Signatures :