

Académie de Martinique

Insertion du logo

Projet d'Accueil Individualisé

Elève

Nom

Prénom

Né le :

Scolarisé en :

Etablissement :

Année scolaire :

Personnes à contacter (Téléphone)

Les urgences :

Téléphone standard : 15

Téléphone portable : 112

Parents :

	PERE	MERE	Représentant légal si autre
Nom			
Domicile	0596	0596	
Travail			
portable	0696	0696	

Autre personne à prévenir, désignée par les parents, si eux-mêmes ne sont pas joignables :

Lien à la famille :

Nom :

Tél :

Médecin le plus proche : Nom :

Tél :

Médecin traitant : Nom :

Tel :

Adresse :

Téléphone :

Médecin spécialiste suivant l'enfant : Nom :

Tel :

Spécialité :

Adresse :

Nom

Prénom

né(e) le :

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussignée....., père, mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements fournis par mon médecin traitant le Dr.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Parties prenantes :

Les parents : Monsieur et (ou) Madame :

Le responsable de l'établissement :

L'enseignant :

Le médecin traitant :

Le médecin scolaire :

L'infirmière scolaire :

L'élève :

Signatures et date :

Parents

Responsable établissement

Médecin Ed Nat

Médecin traitant

Maire ou son Représentant

Protocole de soins d'urgence (en cas d'allergie au venin de guêpe ou d'abeille)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Etablissement :

Allergie à

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

- Antihistaminique :
- Corticoïdes :
- Broncho-dilatateur :
- Adrénaline Injectable :
- Autres :

Dès les premiers signes, après piqure de

ALERTER LE SAMU (15 sur fixe ou 112 sur portable) et pratiquer :

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Si crise d'urticaire généralisée	- Plaques rouges et démangeaisons	- Faire avaler :
Si oedème de Quincke	- Gonflement des lèvres - Gonflement du visage et/ou - Gonflement de la langue et/ou - Voix rauque et/ou - Etouffement	- Faire avaler : - En plus, injecter sur la face antérieure la cuisse Anapen(dose)
Si malaise	Malaise avec - démangeaisons et/ou - gêne respiratoire et/ou - douleurs abdominales et/ou nausées, vomissements	- Injecter sur la face antérieure de la cuisse d'Anapen(dose)

Date :

Signature du médecin allergologue :

DANS TOUS LES CAS : PREVENIR LES PARENTS

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.