PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

ALLERGIE ALIMENTAIRE

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 ((BO Spécial n° 9 du 28/06/2001

Année scolaire du 1er **PAI** :
PAI reconduit pour l'année scolaire :

Le **PAI** doit être rempli par *l'allergologue* chaque début d'année scolaire

PHOTO	**Nom :**	**Prénom :**
	Adresse :	
	Date de naissance :	**Age :**
	Classe	**Sexe**

Année scolaire du 1erPAI : PAI reconduit pour l'année scolaire :

Le PAI doit être rempli **impérativement** par un **ALLERGOLOGUE** chaque début d'année scolaire

ALLERGIE A :.....

.....

.....

.....

ALLERGIE DE CONTACT : OUI ☐ NON ☐

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de trouble de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permets une meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité 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 transmettre qu'à un médecin

Je soussigné.....

Mère, père, 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.....
Tel :.....
l'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.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document

Signature du représentant légal :

Etablissement :..... Année Scolaire : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement :.....

Tél. :.....

Mairie de : .....

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution,
Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau : Portable :

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	**15**
Sur téléphone portable	**112**

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		
Adresse mail		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

TRAITEMENT

Un accès facile et rapide est indispensable

➢ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Endroits où sont déposées les trousses d'urgence. : .....
- Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de l'ordonnance et du protocole d'urgence ;
- Les parents fournissent les médicaments. 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 ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale ;

➢ **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

- ***La trousse ne doit pas être exposée au soleil ; Mode de conservation : pochette réfrigérante***
- 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 l'information de façon prioritaire

➢ **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI

Besoins spécifiques de l'élève

➢ **Restaurant scolaire** ***(cocher la mention retenue)*** **:**

☐ Non autorisé

☐ Paniers repas seuls autorisés : Peut manger ❶ avec les autres élèves

❷ doit être isolé

☒ Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective

☐ Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)

☐Autre (préciser).....

➢ **Les goûters : le prestataire.....est concerné** ❑**OUI** ❑**NON**

☐ Goûters habituels autorisés

☐ Consommation des goûters habituels avec éviction simple

☐ Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

➢ **Les activités d'arts plastiques : le prestataire.....est concerné** ❑**OUI** ❑**NON**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

☐ Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
☐ Pâtes à modeler
☐ Pâte à sel
☐ Autres (préciser).....

➢ **Autres aménagements** à détailler

☐ Allergie de contact ❑**OUI** ❑**NON**

ANNEE SCOLAIRE 20 - 20

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE de l'enfant :

Date de naissance : **Poids :**

Localisation de la trousse d'urgence

Coordonnées des parents Mère: Mme **06 96**

Père: M. **06 96**

ALLERGIE A :

CONTACT CUTANE AUTORISE ☐**OUI** ☐**NON**

Signes cliniques	Conduite à tenir
Mineurs : Nécessitent une surveillance attentive, un traitement	**Appeler les parents** **Surveiller l'enfant** **Donner le traitement :**
Urticaire: plaques rouges, démangeaison localisée Ou **Conjonctivite :** yeux rouges, gonflés, larmoiement Ou **Rhinite :** nez qui coule, bouché, éternuement	Antihistaminique :
Œdème sans gêne respiratoire : Gonflement des paupières, des lèvres, du visage	Antihistaminique : + Corticoïde :
Sévères : Nécessitent une intervention urgente	**Appeler le SAMU (15 ou 112)** **Faire chercher la trousse d'urgence** **Donner le traitement sans attendre :**
Troubles digestifs : maux de ventre, vomissements	Antihistaminique : + Corticoïde :
Crise d'asthme: toux sèche, gêne respiratoire, sifflement	**Bronchodilatateur :** **2 bouffées, à répéter toutes les 5mn** **dans chambre d'inhalation**
Etouffement : toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie	**STYLO ADRENALINE :** Une dose à la face latérale de la cuisse **Si pas d'amélioration au bout de 10 à 15 mns :** une 2ème dose est parfois nécessaire (après avis du SAMU) **Surélever les jambes en attendant les secours**
Urticaire étendue + gonflement du visage + asthme	
Maux de ventre + vomissements + asthme	
Urticaire étendue + gonflement du visage + maux de ventre + vomissements	
Malaise grave : choc anaphylactique	

Date	Signature et cachet de l'allergologue :

SIGNATURES DES PARTIES PRENANTES

	NOM Prénom	Date	Signature
Les Parents			
L'Allergologue			
Le Directeur d'école			
Le Médecin scolaire			
L'Infirmière scolaire			
L'élu délégué aux affaires scolaires			
Le responsable du service municipal			
Le responsable du prestataire			