

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
POUR ENFANT ASTHMATIQUE**
CIRCULAIRES : BO N° 34 DU 18/9/3 ET BO HS N° 1 DU 6/1/00

ANNEE SCOLAIRE 201 - 201

PREMIER PAI

RENOUVELLEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :

NOM DE L'ELEVE :Prénom.....

Date de naissance :

Etablissement scolaire :Classe :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

.....

Adresse :

TELEPHONES en cas d'urgence (à maintenir actualisés) :

.....

.....

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussigné.....père, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des
renseignements ci-dessous 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 :

SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos
de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les
remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations
nécessaires à la prise en charge de l'élève.

Localisation de la trousse d'urgence (à emporter en cas de sortie scolaire et en cas d'évacuation)
Doit être accessible pendant les temps scolaires et périscolaires.

FONCTION	NOM	SIGNATURE	DATE
Chef d'établissement Directeur d'école			
Médecin scolaire			
Professeur principal Enseignant			
Infirmière scolaire			
Représentant de la municipalité			
Autre : Responsable du temps Périscolaire			

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. L'ELEVE PRESENTE T'IL DES ALLERGIES ?

Poils ou plumes d'animaux : oui non Poussière, acariens : oui non
Autres* : Blattes oui non

***En cas d'allergie alimentaire grave, nécessitant notamment une adaptation du repas à la cantine et/ou un traitement spécifique, un formulaire de PAI plus détaillé doit être utilisé.**

2. TRAITEMENT EN CAS DE CRISE

En cas de sifflement dans la poitrine, de gêne respiratoire ou de toux intense :

1. Rester calme, rassurer l'enfant, l'installer à l'écart du groupe au calme, le laisser assis; ne pas le laisser seul.
2. Appeler ses parents / Faire chercher sa trousse d'urgence.
3. Administrer le traitement sans délai : **(joindre l'ordonnance au PAI)**
Ventoline ou Ventodisk ou Airomir ou Bricanyl ou autre produit : 1 ou 2 bouffées (préciser)
Dans une chambre d'inhalation : Babyhaler ou Volumic ou Aerochamber ou autre dispositif :
Laisser respirer l'enfant une dizaine de fois dans la chambre
4. En cas d'échec de traitement de la crise :
Si au bout de 10 minutes l'enfant ne va pas mieux, voire s'aggrave :
Redonner le même traitement et appeler le SAMU par le 15 (ou 112 sur le portable)

Appeler d'emblée le SAMU si :

- L'enfant est paniqué, agité
- Si l'enfant a beaucoup de mal à parler
- S'il est épuisé ou apathique
- Si ses lèvres sont bleues ou qu'il présente des sueurs

3. CONDITIONS PARTICULIERES POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Inaptitude : ☐ Totale ☐ Partielle

*L'élève doit avoir son traitement d'urgence à proximité.

*Echauffement progressif : arrêt de l'effort si toux ou forte gêne respiratoire.

*Traitement à prendre 30 minutes avant le sport : ☐ oui ☐ non

Nom du médicament : posologie :

Si l'indice atmosphérique est supérieur ou égal à 7, contre indication aux activités sportives.
Privilégier les activités calmes.

DATE	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT