



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**

<b>Sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>Sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

**Les parents ou représentants légaux**

	Monsieur	Madame
Nom		
Prénom		
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	

## Pour tous les enfants concernés

### Un accès facile et rapide est indispensable

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

- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence. : .....
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de l'ordonnance avec ;
- 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 ;
- 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

.....

**PROTOCOLE DE SOINS d'URGENCE**  
**en cas d'allergie alimentaire (à remplir par médecin Allergologue)**  
**Année académique 20.../20...**

**NOM, Prénom de l'enfant :**  
**Né(e) le :**

*Informations susceptibles d'être fournies aux services d'urgence en cas de nécessité*

**ALLERGIE ALIMENTAIRE**

aliment(s) concerné(s) :

traces autorisées : oui - non

contact cutané autorisé : oui - non

**Composition de la trousse d'urgence (prière de joindre l'ordonnance) :**

- Antihistaminique
- Corticoïdes
- Bronchodilatateur
- Adrénaline injectable
- Autres

**PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS D'ALLERGIE**

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
<b><u>Mineurs</u> : nécessitant une surveillance plus attentive, un traitement.</b>	<b>Noter l'heure</b> <b>Prévenir les parents</b> <b>Surveiller l'enfant</b> <b>Donner le traitement :</b>
<b>Urticaire</b> : plaques rouges démangeaisons <b>Conjonctivite</b> yeux rouges, gonflés, larmoiement <b>Rhinite</b> : nez qui coule, bouché, éternuements	Antihistaminique :
<b>Œdème sans gêne respiratoire</b> : gonflement des paupières lèvres, visage	Antihistaminique :  + Corticoïde :
<b><u>Sévères</u> : nécessitant des mesures urgentes</b>	<b><i>Appeler le SAMU (15 ou 112)</i></b> <b><i>Faire chercher la trousse d'urgence</i></b> <b><i>Donner le traitement sans attendre :</i></b>
<b>Troubles digestifs</b> : maux de ventre, vomissements	Antihistaminique  + Corticoïde
<b>Crise d'asthme</b> : toux sèche, sifflements, gêne respiratoire	Bronchodilatateur : 2 bouffées à répéter toutes les 5 mn dans la chambre d'inhalation
<b>Étouffement</b> toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie - Urticaire étendue + gonflement du visage+asthme Maux de ventre + vomissements + Asthme Urticaire étendue + gonflement du visage + maux de ventre + vomissements Malaise grave : choc anaphylactique	<b>STYLO ADRENALINE :</b>  Une dose à la face latérale de la cuisse Si pas d'amélioration au bout de 10 à 15 mn : une 2 <sup>ème</sup> dose est parfois nécessaire (après avis du SAMU) Surélever les jambes en attendant les secours.

**Mettre l'assurance à jour**  
**15**

**SIGNATURES DES PARTIES PRENANTES :**

	<b>Nom – prénom</b>	<b>Date</b>	<b>signature</b>
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 Président de la CAESM			
Le responsable du prestataire			