

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE / P.A.I.

NOM de l'enfant :

Photo à coller

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse :

Ecole :

Modalités d'accueil périscolaire : (A compléter par les parents)

Restaurant scolaire :

OUI

NON

Accueil périscolaire matin/soir :

OUI

NON

Ce protocole est **établi pour l'année scolaire** et **révisable** à tout moment.

Il appartient aux parents de prendre contact avec le directeur de l'école ou le médecin scolaire à chaque rentrée scolaire pour envisager la mise en place ou le **renouvellement** du PAI.

Il est de la **responsabilité des parents** de vérifier les **dates de péremption** et de procéder au remplacement des médicaments le cas échéant.

La page 3 de ce document et le protocole d'urgence sont à renseigner par le médecin traitant de l'enfant.

Une ordonnance de moins de 3 mois doit être jointe au PAI.

AUTORISATION PARENTALE

(À remplir par les parents/responsables légaux)

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant à l'école, et à la cantine et lors de l'accueil périscolaire matin et soir s'il y est inscrit.

Nous autorisons ces personnels à pratiquer les gestes et traitements prévus dans ce document.

	Nom	Téléphone	Mail	Date et Signature
Parent 1				
Parent 2				

Année scolaire 20__/20__				
Ecole :		Classe :		
	Nom	Téléphone	Mail	Date et Signature
Directeur/ Directrice				
Enseignant(e)				
PMI / Santé scolaire				
Responsable périscolaire				
Médecin référent				

EN CAS D'URGENCE, APPELER LE SAMU (15 ou 112)

Lieux de rangement de la trousse de secours ? (À compléter par l'école et le périscolaire)
(Lieu connu des adultes responsables et inaccessible aux enfants)

Sur le temps scolaire :
 Sur le temps périscolaire :
 En permanence sur l'enfant

(En cas de déplacement, y compris trajets restauration scolaire et activités périscolaires, emporter systématiquement la trousse d'urgence et le PAI).

Le PAI devra être rangé dans le **registre d'appel** de la classe (et du périscolaire si inscription).
 En cas de **remplacement** d'un membre du personnel, faire suivre l'information de façon prioritaire.
 En cas de **sortie**, la personne responsable doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettront de respecter le PAI, sinon en informer la famille.

PANIER REPAS FOURNI PAR LES PARENTS (À compléter par le médecin scolaire)

- systématiquement : OUI NON
 = Si intolérance ou allergies complexes (Œuf, Gluten, Protéines de lait de vache, Lactose, allergies arachides)

- occasionnellement : OUI NON
 = si allergie poisson : panier repas obligatoire les jours de poisson + jours de grève
 = si allergie œuf avec traces autorisées : panier repas obligatoire les jours où œufs durs / omelette / quiche sont au menu + jour de grève.

INDICATION DU PAI (Ne pas citer de diagnostic, uniquement des symptômes ou points d'appel cliniques)

.....

ADAPTATION ALIMENTAIRE

Oui **Non**



L'information « peut contenir des traces de... » est indispensable. En l'absence de renseignements, l'accueil à la cantine se fera par défaut sous forme de panier repas fourni par les parents.

ALLERGENE(S) (écrits en MAJUSCULES) :

-
- Fait-il partie des 14 allergènes à déclaration obligatoire (cf. liste ci-dessous 1) ? **OUI** **NON**
- Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution telles que « peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... » ? **OUI** **NON**
- Autres particularités :

.....

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES D'ACCUEIL

► **Restriction / contre-indication lors des activités physiques** **OUI** **NON**

Si oui, lesquelles :

.....

► **Exposition contre-indiquée (contact direct ou indirect)** **OUI** **NON**

Ex : ateliers manuels, cuisine...

.....

► **Autre précaution / intervention particulière** **OUI** **NON**

Ex : Goûters collectifs, anniversaires, sorties pédagogiques avec prise alimentaire, sortie de classe (toilettes, boissons)

.....

► **Trousse d'urgence** **OUI** **NON**

Fermée et étiquetée au nom de l'enfant, elle contient : (Préciser la DCI)

- Le PAI -
- -

Liste des 14 allergènes à déclaration obligatoire (2021) :

1. Céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales / **2. Crustacés** et produits à base de crustacés / **3. Oeufs** et produits à base d'oeufs / **4. Poissons** et produits à base de poissons / **5. Arachides** et produits à base d'arachide / **6. Soja et produits à base de soja** / **7. Lait et produits à base de lait** (y compris de lactose) / **8. Fruits à coques** (amandes, noisettes, noix, noix de : cajou, pécan, macadamia, du Brésil, du Queensland, pistaches) et produits à base de ces fruits) / **9. Céleri** et produits à base de céleri / **10. Moutarde** et produits à base de moutarde / **11. Graines de sésame** et produits à base de graines de sésame / **12. Anhydride sulfureux et sulfites** en concentration de plus de 10 mg/kg ou 10 mg/L (exprimés en SO₂) / **13. Lupin** et produits à base de lupin / **14. Mollusques** et produits à base de mollusques

3 – CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

Fiche spécifique N° 02

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Enfant allergique à :
Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution
 (« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... ») ? oui non

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable. **Ne pas quitter l'enfant.**
La réaction a lieu dans les minutes suivant l'exposition. Evaluer immédiatement la gravité de la réaction :

La réaction est GRAVE

Si 1 seul des signes parmi les suivants

- Il respire mal et sa voix change
- Il respire mal et il siffle ou il tousse
- Il a très mal au ventre, il vomit de façon itérative
- Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu le démangent
- Il se sent mal ou bizarre
- Il fait un malaise

La réaction est d'autant plus grave que plusieurs de ces signes sont associés



LES BONS REFLEXES

1. Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer
2. Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse. *Spécialité :*
3. Puis appeler le SAMU (15 ou 112)
4. Si gêne respiratoire : faire inhaler bouffées de avec la chambre d'inhalation (5 respirations après chaque bouffée) – à répéter selon la gêne après 10 à 15 minutes

En attendant les secours, une 2^{ème} injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes ou plus

La réaction est MODEREE

- Sa bouche pique, ses lèvres gonflent
- Ses yeux piquent, son nez coule
- Des plaques rouges démangent de façon localisée
- Il a un peu mal au ventre et/ou il a envie de vomir
- Autre :

Mais il parle bien et il respire bien



LES BONS REFLEXES

1. Traitement anti-histaminique par voie orale :
2. Surveiller l'enfant jusqu'à la disparition des symptômes
3. Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
4. Autre :

EN L'ABSENCE D'AMELIORATION
 OU SI APPARITION D'UN NOUVEAU SIGNE
 EVALUER DE NOUVEAU LA GRAVITE DE LA REACTION POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

Les éléments médicaux complémentaires utiles (restauration scolaire...) sont transmis au médecin de l'EN par la fiche de liaison disponible en ligne. Un courrier médical à l'attention des services de secours peut également être joint sous pli cacheté.

Courrier et/ou fiche de liaison joints : OUI NON

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

Annexe : Modalités de l'injection de l'adrénaline selon la présentation du produit



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille.



Retirer le bouchon protecteur.



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse.



Appuyer sur le bouton rouge et maintenir appuyé 10 sec. Puis masser la zone d'injection.



Enlever le bouchon blanc.



Placer le stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement et maintenir appuyé pendant 5 secondes



Puis masser la zone d'injection



Enlever Le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Enfoncer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes



Puis masser la zone d'injection



Enlever le bouchon jaune.



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement sur la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes.



Puis masser la zone d'injection.

Nom/ Prénom :