

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)

.....
.....

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES D'ACCUEIL ?

► Restriction / contre-indication activités physiques OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Activités en hauteur Escalade
 Piscine Autres :

.....
.....
.....

► Manipulation contre-indiquée (ateliers manuels, cuisine...) OUI NON

Préciser :

.....
.....

► Autres précautions / interventions particulières OUI NON

.....
.....

► Trousse d'urgence OUI NON

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

- Le PAI -
- -
- -

Vidéo « Gérer une crise convulsive en milieu scolaire »



Position Latérale de Sécurité



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° 04

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

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.

Evaluer la situation et pratiquer :

LES SIGNES

- Perte de Connaissance
- Secousses musculaires involontaires
- Raideur généralisée du corps
- Contraction de la mâchoire
- Autre :



LES BONS REFLEXES

- Rester calme et faire évacuer les autres élèves dans le calme en les rassurant.
- Noter l'heure de début de la crise
- Laisser l'élève allongé par terre et éloigner tout objet qui risque de le blesser.
- Empêcher l'enfant de se blesser, en écartant les objets pour sécuriser son périmètre

 **Alerter ou faire alerter le SAMU 15 et suivre les consignes du médecin**
Surveiller l'enfant jusqu'à la fin de la crise

A NE PAS FAIRE :

- Ne pas chercher à maîtriser l'enfant
- Ne pas essayer de placer un objet entre ses dents

SI SIGNE DE GRAVITE

- Durée de perte de connaissance longue > 5 minutes
- Répétition des crises
- Arrêt de la respiration



LES BONS REFLEXES

 **Contact à nouveau le SAMU 15 et suivre les consignes du médecin**
Si l'enfant ne respire pas, pratiquer un massage cardiaque

Traitement éventuel

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

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint : OUI NON

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :