

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé E2 pour les plus de 6 ans

Circulaire n°2003-135 du 08 sept 2003 bulletin officiel n°34 du 18/09/2003

Année scolaire :

PHOTO

facultatif

Le Secret professionnel

Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels paramédicaux et aux travailleurs sociaux. Il importe, par ailleurs, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont tous les personnels de la structure d'accueil doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant ou l'adolescent. Toutefois le secret professionnel ne peut empêcher de déterminer avec l'équipe d'accueil les mesures à prendre pour faciliter la bonne adaptation de l'enfant ou de l'adolescent. Pour cette raison, lorsque la maladie dont souffre l'enfant ou l'adolescent le nécessite, et à la demande expresse des familles, l'ensemble des dispositions et informations contenues dans son projet d'accueil individualisé, à l'exception de celles couvertes par le secret médical, contenues dans un pli cacheté, pourra être porté à la connaissance de la communauté d'accueil, et mis en œuvre par celle-ci. La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille.

COORDONNEES DE L'ELEVE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Age : Sexe : M F Classe : Restauration scolaire Accueil périscolaire

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Pour les activités nautiques, prévenir le maître-nageur/surveillant Pour l'escalade (peut grimper mais ne peut pas assurer)

Restriction éventuelle :

Aménagements à mettre en œuvre :

Pédagogique :

Horaires adaptés :

Régime alimentaire :

Mesures particulières en cas de sorties :

Précautions particulières (écran, salle de repos...) :

COORDONNEES DES PARENTS / RESPONSABLES

COORDONNEES DE LA MERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📞 gsm : 069..... ☎ travail :

COORDONNEES DU PERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📞 gsm : 069..... ☎ travail :

AUTRE PERSONNE RESPONSABLE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📞 gsm : 069..... ☎ travail :

REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

MEDECIN TRAITANT : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN SPECIALISTE : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE : Nom /Prénom : ☎ :

INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE : Nom /Prénom : ☎ :

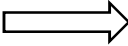
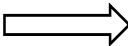

FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

Fièvre

Fatigue / Dette de sommeil

Autres facteurs :

PROTOCOLE D'URGENCE

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
EN CAS DE RUPTURE DE CONTACT  <ul style="list-style-type: none"> • L'enfant a les yeux dans le vague, le regard fixe. • Il ne répond pas aux questions pendant quelques secondes. • Il n'y a pas de mouvements anormaux ni de risque de chute. 	NE RIEN FAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Repos au calme si nécessaire • Le signaler aux parents.
EN CAS DE CONVULSIONS  <ul style="list-style-type: none"> • Quelle que soit la cause, la crise évolue en 3 stades : <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant perd connaissance. 2. L'enfant tombe brusquement et est « raide » pendant quelques instants. 3. Il s'agite ensuite en mouvement convulsifs : l'ensemble des membres fléchissent et s'étendent en alternance. • Après la crise, l'enfant est tout mou, comme endormi avec une respiration bruyante. • Il peut saliver ou vomir, c'est la phase post-critique qui peut durer plusieurs minutes voire se prolonger par du sommeil. 	RESTER CALME ET FAIRE EVACUER LES AUTRES ELEVES <p>Noter l'heure de début et fin de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allonger l'enfant, enlever tables et chaises sur lesquelles il pourrait se blesser. • Ne pas essayer de contenir l'enfant, le laisser libre de ses mouvements. • Ne RIEN mettre dans la bouche de l'enfant. <u>IL NE VA PAS AVALER SA LANGUE.</u> • Dès que possible, tourner l'enfant sur le côté, en position latérale de sécurité. • Attendre que l'enfant récupère. • S'il a perdu ses urines, le couvrir afin d'éviter toute gêne au réveil. • Laisser la crise suivre son cours. • Ne pas laisser l'enfant seul, lui parler pour le rassurer. • Après la crise, l'enfant reste confus et désorienté pendant quelques minutes. • Avertir les parents.
EN CAS DE CRISE PROLONGEE > 5 MINUTES  <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ACTION ! D'URGENCE </div> <p>Si la phase de secousses dure plus de 5 minutes ou si la crise se répète.</p>	APPELER LE SAMU (15) EN URGENCE, DÉCRIRE LES SIGNES D'APPEL ET ADMINISTRER LE TRAITEMENT PRESCRIT CI DESSOUS <ul style="list-style-type: none"> • Avertir les parents

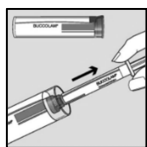
Choix du traitement

Pas de traitement spécifique (laisser la crise suivre son cours sans administrer de traitement, rassurer l'enfant)

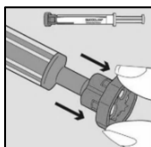
Traitement par MIDAZOLAM - seringue prête à l'emploi, sans aiguille

Nom du médicament : Dose prescrite : Date de péremption :

Prêt à mettre dans la bouche entre la gencive et la joue pour absorption par la muqueuse.



Oter le bouchon du tube de protection et récupérer la seringue pré-remplie.



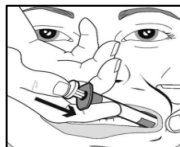
Retirer le capuchon rouge à l'extrémité de la seringue.



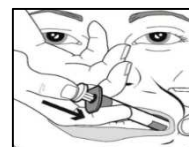
Protéger la tête de l'enfant en la posant sur un objet souple.



Si la crise s'est arrêtée, ne pas injecter le midazolam



Pincer la joue et la tirer doucement. Introduire la seringue entre la joue et la gencive.



Appuyer lentement sur le piston de la seringue pour délivrer tout le contenu.



Installer l'enfant en position confortable. Le rassurer pendant son temps de repos.

Autre traitement : Dose prescrite : Date de péremption :

En cas d'hospitalisation de l'enfant, informer l'infirmière et/ou le médecin de l'E.N



TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

Contenant médicaments fournis par les parents

Joindre l'ordonnance

- Emplacement de la trousse (dans un endroit frais et sec et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :

.....

ENFANT : Nom :Prénom(s) :

- Contenu obligatoire de la trousse (**vérifier la date de péremption**)

- **Boîte de Midazolam** (1 seringue pré-remplie sans aiguille)

Dates de péremption :/...../.....

- **Autre traitement** :

Dates de péremption :/...../.....

- **Vérification du contenu faite le** :/...../..... **Par** : **Signature** :

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

le/...../..... à

Je soussigné..... mère, père, représentant légal, demande / autorise la mise en place du protocole d'urgence prescrit par le Dr..... en date du

Tél. :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil qui sont tenus au respect du secret professionnel.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature des parents / Tuteur légal Nom/Prénom	Signature de l'enfant Nom/Prénom	Signature du Médecin traitant / Spécialiste Nom / Prénom
Signature du Directeur d'Ecole ou Chef d'Etablissement Nom/Prénom	Signature de l'enseignant Nom/Prénom	Signature du médecin E.N Nom/Prénom
Signature de l'infirmière Nom/Prénom	Signature du représentant collectivité Nom/Prénom	Autre : Nom / Prénom et signature

*Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des documents (et de ses annexes).
Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.*

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- ✓ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
- ✓ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- ✓ Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Date :			
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Élève (nom et signature)	Directeur d'École ou Chef d'établissement (nom et signature)
	Médecin(s) (cachet et signature)	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Autres intervenants

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Date :			
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Élève (nom et signature)	Directeur d'École ou Chef d'établissement (nom et signature)
	Médecin(s) (cachet et signature)	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Autres intervenants