

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place lorsque la scolarité d'un élève, notamment en raison d'un trouble de santé invalidant (pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies), nécessite un aménagement (suivi d'un traitement médical ou protocole en cas d'urgence). Hormis les aménagements prévus dans le cadre du PAI, la scolarité de l'élève se déroule dans les conditions ordinaires. Un PAI est élaboré à la demande de la famille.

**SI VOTRE ENFANT PRESENTE UN ASTHME CHRONIQUE, VEUILLEZ IMPRIMER LE DOCUMENT « PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE A2 » ET SUIVRE LES CONSIGNES CI-DESSOUS**

Remplir les rubriques « coordonnées de l'élève et des parents/responsables » -page 1

Remplir la rubrique « signatures des personnes concernées » sans oublier de faire signer votre enfant - page 3 - ,

Accompagner votre enfant chez votre médecin traitant afin que ce dernier remplisse la partie médicale. S'il y a prescription d'un traitement, le PAI doit impérativement être accompagné de l'ordonnance ainsi que des médicaments (**veuillez vérifier la date de péremption qui doit, au minimum, expirer en juillet 2018**).

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2017, l'élève doit retourner le tout à l'infirmière du lycée Sarda Garriga.

Nom de l'établissement

# Projet d'Accueil Individualisé

## A2

### Collège / Lycée

**PHOTO**  
facultatif

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

Année scolaire : .....

#### 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.

### COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom(s) : .....

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

### BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

#### ① En cas de crise à l'effort : traitement habituel utilisé par l'enfant en auto gestion

Nom des médicaments : .....

Administration de son traitement avant le sport : 2 bouffées de son dispositif habituel avant l'effort

*L'enfant peut garder son dispositif habituel avec lui, il doit le signaler à l'infirmière, au professeur d'EPS et au CPE*

#### ② En cas de crise, appliquer les conduites au verso

### COORDONNÉES DES PARENTS / RESPONSABLES

**COORDONNÉES DE LA MÈRE :** Nom : ..... Prénom(s) : .....

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

**COORDONNÉES DU PÈRE :** 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 : ..... ☎ : .....

# TRAITEMENT DE FOND

Traitement : ..... posologie : ..... heure de prise : ..... modalité : .....

Traitement : ..... posologie : ..... heure de prise : ..... modalité : .....




## Allergies connues

- Respiratoires (acariens, animaux...) .....
- Autres facteurs : .....
- Alimentaires (lesquels...) (cf PAI allergie alimentaire) .....

## FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

Climat (froid et humide)  Acariens  Infection  Autres facteurs : .....

## PROTOCOLE D'URGENCE

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
<p><b>SIGNES EVOCATEURS DE CRISE :</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toux répétée incessante</li> <li>• respiration sifflante</li> <li>• essoufflement avec gêne respiratoire</li> <li>• l'enfant exprime sa gêne pour respirer et demande son traitement</li> <li>• sensation d'oppression dans la poitrine</li> <li>• toux ou essoufflement à l'effort ou après l'effort.</li> </ul> <p>Autres signes (à remplir avec les parents) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>1- NOTER LA DATE, L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE</b></p> <p>Donner le traitement de <b>secours</b> de l'établissement.</p> <p><b>2- ASSEOIR L'ENFANT AU CALME ET RECUPERER LA TROUSSE D'URGENCE</b></p> <p><b>3 - ADMINISTRER LE TRAITEMENT</b></p> <p><b>a)</b> Agiter le spray bleu de bronchodilatateur</p> <p><b>b)</b> Enlever le bouchon</p> <p><b>c)</b> Adapter le spray à la chambre d'inhalation</p> <p><b>d)</b> Placer l'embout dans la bouche en vérifiant que les lèvres soient bien refermées autour de l'embout.</p> <p><b>e)</b> En cas de difficulté à garder l'embout, ne pas hésiter à mettre le masque</p> <p><b>f)</b> L'enfant doit inhaler <b>au total 5 bouffées de spray</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déclencher 1 bouffée du spray et faire 10 grandes respirations calmes pour chaque bouffée de bronchodilatateur</li> <li>- Répéter la même manœuvre 4 fois « soit 5 bouffées au total »</li> </ul> <p><b>4 - SI LES SIGNES PERSISTENT, AU BOUT DE 10 MIN RENOUELER ENCORE 5 BOUFFEES DE SPRAY / AVERTIR LES PARENTS ET APPELER LE SAMU</b></p>
<p><b>SI LES SIGNES SONT GRAVES D'EMBLEE</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gêne respiratoire importante <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec difficultés pour parler</li> <li>- avec impossibilité de poursuivre toute activité</li> <li>- avec angoisse intense ou panique</li> </ul> </li> <li>• lèvres ou extrémités bleues</li> </ul> <p></p>	<p><b>1 - DECLENCHER</b> une pulvérisation de spray bleu dans la chambre d'inhalation. Faire respirer l'enfant calmement 10 fois. Refaire les mêmes gestes 10 fois au total.</p> <p><b>2 - APPELER le SAMU</b> en urgence (faire le 15)</p> <p><b>3 - PREVENIR</b> les parents ou responsable légal</p>

**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)

BRONCHODILATATEUR

- Nom du médicament : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

- Chambre inhalation

- Masque

- Autres médicaments : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

• Vérification du contenu faite le : ...../...../..... Par : ..... Signature :

**COMMENT NETTOYER LA CHAMBRE D'INHALATION**

- Après chaque utilisation, nettoyer la chambre d'inhalation ainsi que le masque.
- Laver les différentes parties dans de l'eau tiède avec un peu de liquide vaisselle.
- Laisser sécher sans essuyer.
- Une fois la chambre d'inhalation sèche, la remonter et la ranger dans sa trousse

## 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 Chef d'Etablissement Nom/Prénom	Signature de l'enseignant Nom/Prénom	Signature du médecin E.N Nom/Prénom
Signature de l'infirmière 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.

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

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