

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ➤ Allergies alimentaires

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période

Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003

ELEVE CONCERNE	ANNEE SCOLAIRE :
NOM - PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ELEVE :	Photo
ETABLISSEMENT SCOLAIRE :	
NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ETABLISSEMENT :	
NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL :	
CLASSE :	

PARTIES PRENANTES

➤ Coordonnées des responsables légaux :

NOM-PRENOM	ADRESSE (SI DIFFERENTE DE L'ELEVE)	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		 PORT. TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :		 PORT. TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		 PORT. TRAVAIL

➤ Directeur d'école ou chef d'établissement :

➤ Médecin scolaire :

Médecin PMI :

➤ Infirmière scolaire :

Infirmière PMI :

➤ Médecin traitant :



➤ Médecin spécialiste ou service spécialisé :



➤ Représentant de la municipalité :

➤ Représentant du service de restauration :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Parents ou responsables légaux :

SAMU 15/112

Médecin ou service hospitalier :

Autre :

ELEVE ➤ Nom – Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

Protocole rédigé et signé par le médecin traitant ou l'allergologue (un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

Date du bilan allergologique :

L'élève est allergique à : *(préciser le ou les allergènes en cause)*

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

■ Noter l'heure d'apparition des signes cliniques

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE
Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'orties, plaques rouges	
Yeux gonflés, éternuements, écoulements de nez	
Gonflements des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte de connaissance	

■ Appeler le SAMU 15

➤ Informer de l'existence et du contenu du PAI

➤ Signaler ce qui a été fait, c'est-à-dire l'heure d'apparition des signes cliniques et les médicaments donnés. Suivre les instructions.

➤ Avertir ou faire avertir les parents de l'élève ou ses représentants légaux.

➤ Rester à côté de l'élève

Date :

Signature et cachet du médecin :

ELEVE ➤ Nom – Prénom :

AMENAGEMENTS A METTRE EN OEUVRE

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (spécifier clairement un ou plusieurs emplacements)

Lieu :

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.

Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.

L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois. Toutefois, lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

PRISE ALIMENTAIRE

REPAS

Panier repas seul autorisé

Si panier repas, celui-ci ne doit pas être déposé dans le même réfrigérateur que les médicaments.

Modalités pour la prise du repas (maintien de la chaîne du froid, lieu du repas, surveillance) :

Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective

La famille s'engage à prévenir dès que possible de l'absence de l'élève en téléphonant au :

Menus proposés par la cantine avec éviction simple de l'agent allergisant faite :

sous contrôle du personnel de cuisine

par l'élève ☞ dans ce cas, la responsabilité de

l'établissement n'est pas engagée

Autre (préciser)

GOUTER

Modalités à préciser :

PENDANT LES COURS

Une attention particulière doit être portée lors de la manipulation de certains matériaux allergisants.

➤ Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulations de :

➤ Autres aménagements à préciser :

SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES

➤ Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI

➤ Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau

➤ La personne responsable de la sortie scolaire doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le documents. Sinon en informer la famille.

ELEVE ➤ Nom – Prénom :

Date :	SIGNATAIRES (nom-signature obligatoires)	
Parents ou responsables légaux	Directeur de l'école ou chef d'établissement	
Médecin (s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Représentant du service de restauration

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 :	Reconduit le : SIGNATAIRES (nom-signature obligatoires)	
Parents ou responsables légaux	Directeur de l'école ou chef d'établissement	
Médecin (s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Représentant du service de restauration

Année scolaire :	Reconduit le :	
Parents ou responsables légaux	Directeur de l'école ou chef d'établissement	
Médecin (s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Représentant du service de restauration