###### marianne-quadrilogo région académique nouvelle aquitaine **ANNÉE SCOLAIRE : 2020/2021**

## PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 BO n° 34 du 18-09-2003)

Afin de respecter le code de déontologie le diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l’accord de la famille, toutes les informations pouvant être utiles à la prise en charge de l’enfant seront jointes au projet.

*Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l’accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l’enfant ou l’adolescent.*

# **L’ENFANT OU L’ADOLESCENT CONCERNÉ**

Nom :       Prénom :       Date de naissance :      /     /

Adresse :

**ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE** :       Classe :

Adresse :

Téléphone :

**1-COORDONNÉES DES ADULTES QUI SUIVENT L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | ADRESSE | TELEPHONE |
| Parentsou responsable légal |       |       |       |
| Autre personne à contacter en cas d’urgence |       |       |       |
| **Médecin allergologue** qui suit l’enfant dans le cadre de sa pathologie |       |       |       |
| **Médecin traitant** |       |       |       |
| Service hospitalier |       |       |       |
| Service d’urgence | SAMU | **Sur poste standard : 15****Sur portable : 112** |

Centre Médico-scolaire de référence :

NOM :       Prénom :

|  |
| --- |
| * + - 1. **2- BESOINS SPECIFIQUES DE L’ENFANT OU DE L’ADOLESCENT**
* Nécessité d’un régime alimentaire.
* LA TROUSSE D’URGENCE identifiée par le nom, prénom et photographie récente de l’enfant, contenant les médicaments prescrits par le médecin et le protocole d’urgence est accessible à tout moment (sur le temps scolaire et périscolaire) et à toute personne en charge d’administrer le traitement d’urgence.
* Indiquer **l’endroit exact** où est entreposée la trousse d’urgence dans l’école/établissement :

et/ou dans la cantine/garderie :      * La **trousse est fournie par les parents** et doit contenir un double de ce document (PAI).
* La trousse doit être hors de portée des enfants.
* Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu’ils sont périmés.
* Les parents s’engagent à informer le directeur de l’école ou le chef d’établissement en cas de changement de prescription médicale et de coordonnées téléphoniques
* **PAI à diffuser à toute personne intervenant auprès de l’élève** et en cas de remplacement d’un enseignant.
* La trousse d’urgence sera remise à la famille à chaque fin d’année scolaire par le directeur ou le chef d’établissement.
* Pour un voyage scolaire ou une classe transplantée, l’équipe pédagogique et la famille doivent s’assurer dès la conception du projet que le PAI peut s’appliquer en l’état : trousse d’urgence et traitements quotidiens sont placés sous la responsabilité de l’encadrant.
* Pour le primaire, les temps périscolaires et la restauration scolaire : ces temps ne relèvent pas de l’éducation nationale, leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.
 |

|  |
| --- |
| **3- PARTIE A REMPLIR PAR LA COLLECTIVITE ORGANISATRICE DE RESTAURATION:**Nom du représentant de la collectivité :      Fonction :      Selon les informations fournies par le spécialiste qui suit l’enfant et le mode de gestion de la restauration, le type de prise en charge pour accueillir l’enfant au restaurant collectif est : *(cocher la mention retenue)*[ ]  Panier repas *(fourni par la famille dès que l’enfant déjeune et ceci dans le respect du protocole joint)*[ ]  Repas spécifique garanti par le distributeur de la restauration *(préciser si besoin)* :      [ ]  Repas proposé par le service de restauration scolaire avec substitution des allergènes[ ]  Goûter et pique-nique fournis par la famille**Maire ou son représentant**  **Responsable de la restauration** |

**INFORMATIONS fournies par le mÉdecin allergologue**

**Nom : …………………………………. Prénom : ………………………………..**

**Date de naissance : …………………… Poids : …………………..**

**RENSEIGNEMENTS à renseigner par le médecin allergologue qui suit l’enfant**

Bilan allergologique effectué le *(date)* : …………………………..

L'enfant est allergique à *(préciser le ou les allergènes en cause) …………………………………………………..*

……………………………………………………………………………………………………………….

**Aliments à exclure :** ☐ **œufs crus** ☐ **œufs cuits** ☐ **œufs mi-cuits**

☐ **arachide**

☐ **fruits à coque** *(à préciser)* **……………………………………….**

☐ **autres ……………………………………………………………..**

**Traces autorisées :** ☐ **oui** ☐ **non**

L’enfant peut manger à la cantine avec substitution des allergènes par le service de restauration :

**☐** **oui ☐** **non**

L’enfant peut manger en restauration collective avec un repas préparé par la famille :

**☐ oui ☐ non**

**ACTIVITÉS D’ARTS PLASTIQUES OU ATELIERS CUISINES**

**Contact cutané autorisé :** ☐ **oui** ☐ **non**

Cachet et signature de l’allergologue :

**Date :**

NOM : ……………………………………………….…………. Prénom : ……………………………………………

**PROTOCOLE D’URGENCE**

**à renseigner par le médecin allergologue qui suit l’enfant**

Protocole destiné à la mise en œuvre de traitements d’urgence par des personnels non soignants sur le temps scolaire, périscolaire ou extra-scolaire.

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE (à cocher)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ AERIUS *Desloratadine*☐ XYZALL *Levocétirizine*☐ KESTIN *Ebastine*☐ ZYRTEC *Cetirizine*☐ CÉLESTENE *Bétaméthasone* | SOLUPRED *Prednisolone*☐ 5mg ☐ 10mg ☐ 20mg☐ AIROMIR Spray *Salbutamol*☐ VENTOLINE Spray *Salbutamol** Chambre d’inhalation

 ☐ avec masque  ☐ avec embout buccal | ANAPEN ☐ 0,15mg ☐ 0,30mgJEXT ☐ 150 µg ☐ 300 µgÉPIPEN ☐ 0,15mg ☐ 0,30mgÉMÉRADE ☐ 150 µg ☐ 300 µg |

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE** pendant ou juste après avoir mangé (jusqu’à 2h après le repas)

|  |  |
| --- | --- |
| **Signes d’appel** | **Conduite à tenir** |
| **REACTION LEGERE**Apparition d’au moins un des signes suivants : * La bouche et/ou les yeux et/ou la gorge qui pique ou gratte, le nez qui coule
* Les lèvres gonflent
* Des plaques rouges qui grattent
* Un peu mal au ventre, envie de vomir
* Autre : ……………………………….

**MAIS IL PARLE ET RESPIRE BIEN****SI AGGRAVATION OU REACTION SEVERE D’EMBLEE**Apparition d’au moins un des signes suivants :* Extension des plaques rouges et/ou gonflement
* La voix change
* A du mal à parler
* Respire mal, siffle, tousse, oppression thoracique
* Très mal au ventre, vomit
* Se sent mal ou bizarre, il fait un malaise
* Perte de connaissance
* Autre :………………………………
 | 1. **Donner :** (*case à cocher)*

☐ **AERIUS** ☐ **XYZALL** ☐ **KESTIN ☐ ZYRTEC**Dose :…………………………… ☐ **SOLUPRED** orodispersible ☐ **CÉLESTENE**Dose…………………………….. **Surveiller l’enfant et prévenir les parents** 1. **Injecter** (*case à cocher)*

☐ **ANAPEN** ☐ **ÉMÉRADE** ☐ **ÉPIPEN** ☐ **JEXT** **Appuyer sur la face externe de la cuisse et cliquer (notice jointe)****PUIS Appeler le centre 15 (112) et suivre leurs recommandations.** 1. **Aider à respirer en donnant** :

**☐ VENTOLINE Spray ☐ AIROMIR Spray** Dose :…………………………… ☐ **SOLUPRED**  ☐ **CÉLESTENE** Dose :………………………… ☐ **AERIUS** ☐ **XYZALL** ☐ **KESTIN ☐ ZYRTEC**Dose :…………………………… |

Cachet et signature de l’allergologue :

**Date :**

NOM :       Prénom :

* La **reconduction** du Projet d’Accueil Individualisé l’année suivante est à l’initiative des parents, avec :
* un nouveau formulaire PAI
* un nouveau protocole d’urgence

(modèles à demander au directeur ou au chef d’établissement)

* En cas de changement d’établissement, la **transmission** de ce document devra être réalisée par les parents de l’élève.
* Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et annexes.

DATE :

**Signatures :**

**Les parents : Le directeur/la directrice d’école ou le/la chef d’établissement** :

**Le/la représentant(e) de la municipalité ou**

**ADMINISTRATION**

*Cachet du médecin scolaire en cas de situation complexe*

**le/la gestionnaire de l’établissement du second**

**degré :**

**Annexes à imprimer selon besoin :**

* mode d’emploi des ADRENALINES à imprimer si prescription médicale
* mode d’emploi d’une chambre d’inhalation
* protocole panier repas

**Un exemplaire signé du PAI est remis à chaque signataire**

***Faire autant de copies que nécessaire pour l’établissement scolaire.***

***Le chef d’établissement conserve l’original du PAI.***



L’injection est terminée lorsque l’indicateur d’injection est passé au rouge. Sinon, recommencer l’injection avec un autre stylo.

|  |
| --- |
| **Conseils d’utilisation d’une chambre d’inhalation** |

1. Retirer le capuchon du spray
2. Secouer le spray
3. Vérifier que la chambre ne contient aucun corps étranger
4. Tenir le spray verticalement, embout vers le bas et l’adapter sur la chambre
5. Déclencher le spray **(une dose à la fois)** dans la chambre en position horizontale
6. **Compter 10 inspirations/expirations** en maintenant une bonne étanchéité entre le masque et la bouche
7. Déclencher une seconde fois le spray et compter 10 inspirations/expirations
8. Répéter l’opération autant de fois que de bouffées prescrites

**PROTOCOLE DU PANIER REPAS \***

### **Les parents s’engagent à fournir :**

* La totalité des composants du repas
* Les ustensiles (cloche plastique de protection) et couverts sur précision de l’allergologue (des couverts en plastiques jetables peuvent être envisagés)
* Les boites destinées à contenir les aliments
* La glacière ou le sac isotherme nécessaire au transport
* 2 sacs alimentaires plastiques : l’un pour le stockage, l’autre pour le retour

### **Préparation :**

* Respecter les évictions alimentaires selon la prescription de l’allergologue
* Utiliser des produits frais, pouvant supporter la remise en température au four à micro-onde sur le plan gustatif, en respectant leur date de limite de consommation.
* Si les œufs sont autorisés, ne les proposer que durs. Supprimer mousse au chocolat maison, crème anglaise, crème chantilly, tout produit à base de lait cru. N’utiliser que des mayonnaises industrielles.
* Toujours se laver soigneusement les mains avant la préparation des repas

### **Conditionnement :**

* Mettre les aliments dans des boîtes hermétiques susceptibles de supporter la remise en température au four micro-onde.
* Étiqueter les boites au nom de l’enfant.
* Mettre les boites, couverts et cloches en plastique identifiés dans un sac alimentaire plastique à usage unique étiqueté au nom de l’enfant.
* Dans le cas d’une préparation du repas la veille au soir, stocker le sac contenant le repas en le déposant immédiatement au réfrigérateur réglé entre 0 et + 4°C. Veiller à assurer la température adéquate de 0 à +4°C

### **Transport :**

* Le sac contenant les boites sera transporté dans une glacière ou sac isotherme avec source de froid (bloc réfrigérant ou bouteille d’eau congelée). Respecter la chaîne du froid (ex : limiter la durée de séjour de la glacière dans la voiture).

### **Stockage dans l’établissement scolaire :**

* Le sac à usage unique contenant les boites de nourriture sera déposé en chambre froide ou dans un réfrigérateur dont on s’assurera de la température adéquate (entre 0 et + 4°C maximum).
* Un emplacement spécifique clairement défini par étiquetage lui sera réservé
* Le sac ne sera ouvert qu’immédiatement avant le repas par la personne en charge de la remise en température.

### **Consommation :**

* L’enfant ne consommera que les aliments fournis par la famille.
* Selon les accords, un repas froid peut être proposé. S’il existe un besoin de remise en température de l’aliment, celui-ci peut s’effectuer dans un four à micro-onde situé dans le réfectoire et non dans la cuisine. Celui-ci doit être nettoyé rapidement à l’intérieur avant utilisation immédiate.
* Réchauffer, sans transvasement, la boite contenant les aliments recouverte d’une cloche plastique de protection (ou couvercle ou film plastique adapté au micro-onde),
* Il est rappelé de veiller au nettoyage de la table avant que l’enfant ne s’y installe.

### **Retour :**

* La cloche et si besoin les couverts font l’objet d’un premier nettoyage sur place
* Rendre la cloche plastique et si besoin les couverts dans un deuxième sac.

**En cas de survenue d’une réaction allergique** au cours du repas : à titre exceptionnel, conserver le repas dans le deuxième sac alimentaire à déposer dans la glacière et rendre le tout à la famille pour enquête allergologique.

**Un contrôle vétérinaire** peut être effectué comme tout produit alimentaire sur la boite à provisions à la demande du chef d’établissement.

**\**Compléments de propositions sur la base du protocole de la D.S.V de Paris et de la Seine-Saint-Denis et en référence aux informations données par les experts sollicités au cours de l’étude***