###### marianne-quadrilogo région académique nouvelle aquitaine

######  **ANNEE SCOLAIRE : 2020/2021**

## PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE

 (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 CONCERNE**

Nom :       Prénom :       Date de naissance :      /     /

Adresse :

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE** :       Classe :

Adresse :

Téléphone :

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | ADRESSE | TELEPHONE |
| Parentsou responsable légal |       |       |       |
| Autre personne à contacter en cas d’urgence |       |       |       |
| **Médecin** 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.
* **Prise en charge complémentaire :**
* **Surveillance particulière en cas d’activité piscine (informer le maître-nageur)**

**PROTOCOLE D’URGENCE**

**à renseigner par le médecin 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.

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

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

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

|  |
| --- |
| **PAS DE MEDICAMENT****ou****BUCCOLAM (*Midazolam*)****2,5 mg 5 mg ❑ 7,5 mg  10 mg****ou****VALIUM 10 mg/2ml (*Diazepam*)**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signes d’appel** | **Conduite à tenir** |
| **En cas de crise convulsive** : début brutal le plus souvent avec soit :**Rupture de contact** : l’enfant ne réagit pas, ne répond pas à des questions simples « comment tu t’appelles ? quel âge as-tu ? ». Parait désorientéet/ou :**Cette perte de connaissance est accompagnée de mouvements désordonnés incontrôlés** de tout ou partie du corps, +/- pertes d’urine, +/- morsure de langue, raideurTraitement de fond de l’enfant :……………………………………….**……………………………………….****Informations utiles à transmettre au 15 :****…………………………………….....****……………………………………….** | ***** Evacuer les autres élèves
* Noter l’heure du début de la crise
* Allonger l’enfant en éloignant tout risque de traumatisme
* Mettre l’enfant en position latérale de sécurité (sur le côté gauche) dès que possible
* Prévenir le 15, et suivre les instructions du médecin régulateur
* Ne rien introduire dans sa bouche
* Rassurer les personnes présentes.
* Noter l’heure de fin de la crise, jusqu’à la fin de la crise (arrêt des mouvements désordonnés).
* **Si la crise dure plus de …… minutes** (tant qu’il y a des mouvements désordonnés) :

**Pas de médicament****BUCCOLAM** ** VALIUM : ……… ml dans la seringue*****Ne peut être administré que par un personnel médical ou par la famille ou en suivant les instructions du médecin régulateur du 15*** * Prévenir la famille
 |

Cachet et signature du médecin qui suit l’enfant :

**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 :**

* **Annexe : mode d’emploi du BUCCOLAM.**

**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.***

|  |
| --- |
|  **MODE D’EMPLOI DU BUCCOLAM** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Tout en tenant le tube en plastique, briser la   bague d’inviolabilité à une extrémité et   retirer le capuchon. Sortir la seringue du   tube  |

|  |
| --- |
| Retirer le capuchon rouge de l’embout de la seringue et l’éliminer en toute sécurité |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | Pincer délicatement la joue de l’enfant entre le pouce   et l’index et tirer doucement vers l’arrière. Insérer   l’embout de la seringue à l’arrière de l’espace entre la   joue et la gencive inférieure.  |
| 4 | Appuyer lentement sur le piston de la   seringue jusqu’à ce qu’il s’arrête. La dose complète de solution doit être   administrée lentement dans l’espace entre la   gencive et la joue (cavité buccale). Selon la prescription du médecin (pour des   volumes plus importants et/ou pour des   patients plus jeunes), la moitié de la dose   environ peut être administrée lentement d’un   côté de la bouche de l’enfant, puis le reste de   l’autre côté.  |

 |  |