

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	TÉLÉPHONE
Parents ou responsable légal			
Autre personne à contacter en cas d'urgence			
Médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie			
<b>Médecin traitant</b>			
Service hospitalier			
Service d'urgence	SAMU	<b>Sur poste standard</b> <b>Sur portable</b>	<b>15</b> <b>112</b>

Centre Médico-scolaire de référence : .....  
.....  
.....

(à compléter, adresse et numéro de téléphone)

## **2- BESOINS SPÉCIFIQUES 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.
- **Avant un effort physique ou sportif :**
- VENTOLINE avant l'effort en cas de besoin si prescription du médecin** (joindre l'ordonnance pour l'année scolaire en cours)
- OUI      nombre de bouffées : .....
- NON
- **Si essoufflement : arrêter l'activité en cours**

NOM : ..... Prénom : .....

## 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.

<b>COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (à cocher)</b>	
<input type="checkbox"/> SOLUPRED <i>Prednisolone</i> <input type="checkbox"/> 5mg <input type="checkbox"/> 10mg <input type="checkbox"/> 20mg  Ou  <input type="checkbox"/> CÉLESTENE <i>Bétaméthasone</i> 0.05% gouttes	<input type="checkbox"/> VENTOLINE Spray <i>Salbutamol</i> <input type="checkbox"/> AIROMIR Spray <i>Salbutamol</i> <input type="checkbox"/> AUTRES : ..... • Chambre d'inhalation ( <i>cocher la case concernée</i> ) : <input type="checkbox"/> avec masque <input type="checkbox"/> avec embout buccal

### CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

Signes d'appel	Conduite à tenir
<p><b>En cas d'apparition d'un des signes suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gêne respiratoire</li><li>• Essoufflement</li><li>• Oppression thoracique</li><li>• Sifflements audibles</li><li>• Pincement des narines</li></ul> <p><b>Signes s'aggravation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Difficultés pour parler</li><li>• Pâleur</li><li>• Lèvres bleues (cyanose)</li></ul> <p><b>Traitement de fond de l'enfant :</b> ..... .....</p>	<p>➤ <b>Mettre en position assise, au calme, le/la rassurer.</b></p> <p>➤ <b>Noter l'heure de début de la crise</b></p> <p><b>Donner le traitement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> VENTOLINE Spray    <input type="checkbox"/> AIROMIR Spray</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES : .....</p> <p>Dose : .....</p> <p><input type="checkbox"/> SOLUPRED    <input type="checkbox"/> CÉLESTENE</p> <p>Dose : .....</p> <p>Si les signes persistent après ..... minutes, renouveler <b>la ventoline ou l'airomir uniquement</b> avec les même doses.</p> <p>➤ <b>Appeler le centre 15 (112) et suivre leurs recommandations</b></p> <p>➤ <b>Prévenir la famille</b></p>

Date :

**Cachet et signature du médecin qui suit l'enfant :**

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 le/la gestionnaire de l'établissement du second degré :**

**ADMINISTRATION**

*Cachet du médecin scolaire en cas de situation complexe*

- **Annexe : mode d'emploi de la chambre d'inhalation.**

**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.*

## 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