

PAI (Projet d'accueil individualisé)

ECOLE PAUL VERLAINE- LYCEE GUSTAVE FLAUBERT

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001). Révisé le 09/09/2020

TYPE D'AFFECTIONS :	
TRAITEMENT D'URGENCE DEPOSE :	
Photo	Nom :
	Prénom :
	Adresse :
	Date de Naissance :
	Classe :
	Sexe :
PAI reconduit pour l'année scolaire : 2020 / 2021	

Je soussigné(e)....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé** à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

tel :.....

J'autorise que le document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du/des représentant(s) légal(aux) et date:

	Père	Mère	Autre personne disponible
Nom			
Téléphone			

INFIRMERIE	58.555.633
SAMU	190

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue/le diabétologue/le spécialiste (précisez :) qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Pour tous les enfants concernés

➤ Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
- Les parents fournissent les médicaments. 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 l'établissement en cas de changement de la prescription médicale

➤ En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document. Elle est placée sous la responsabilité de l'encadrant.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

➤ En cas de changement d'enseignant

- Faire suivre l'information de façon prioritaire

Besoins spécifiques de l'élève

➤ Restaurant scolaire (cocher la mention retenue):

- Panier repas dans un contenant isotherme avec pack de froid. **la famille assume la pleine et entière responsabilité de la fourniture du repas (couverts, verre, assiette, conditionnements et contenants nécessaires au transport et au stockage de l'ensemble tous les éléments du repas doivent être parfaitement identifiés pour éviter toute erreur ou substitution)** (BO n°34 du 18/09/03)
- Menus habituels avec éviction simple (avec lecture des menus par les parents et certificat médical autorisant la fréquentation de la restauration collective)
- Autre (préciser)

➤ Les activités d'arts plastiques

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser).....

➤ Autres aménagements à détailler

.....
.....
.....
.....

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à le remplacer.

Signatures du PAI et date :

Le Proviseur/Directeur	L'enseignant / Le professeur principal	L'aide maternelle
Les infirmières	Le/ La CPE	

PROTOCOLE D'URGENCE

Dés les premiers signes, orienter l'enfant vers l'infirmierie. Hors de l'établissement prévenir immédiatement les parents et le médecin traitant.

Signes d'appel (du – grave au + grave)	Conduite à tenir
<u>Allergie , Problème respiratoire, Crise d'asthme</u>	
Démangeaisons, boutons type piqures d'orties, plaques rouges	
Yeux rouges, gonflés, larmoiements	
Eternuements, écoulement du nez	
Gonflement des lèvres, gorge qui gratte, gonflement du visage ou d'une partie du corps	
Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles	
Persistance des symptômes et/ou aggravation (étouffement, asphyxie)	
<u>Diabète</u>	
Sueurs, étourdissements, maux de tête, fatigue, tremblements	
Si glycémie inférieure à :.....	
Si glycémie supérieure à :.....	
<u>Autre problème de santé</u>	

Date :

Signature et cachet du médecin