



**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

 **POUR L’ALLERGIE ALIMENTAIRE**

Accueil en collectivité des enfants atteints de troubles de la santé évoluant

sur une longue période - Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVE CONCERNE**  | **ANNEE SCOLAIRE : 2020/2021** |
| Nom :……………………………………………….. Prénom : ………………..….Date de Naissance : Etablissement Scolaire : …………….…………………..Classe : …..……….Restauration Scolaire : Oui / Non Accueil Périscolaire : Oui / Non |
|  |

**PARTIES PRENANTES**

**Coordonnées des responsables légaux**

A tout moment les parents doivent être joignables.

**En aucun cas les téléphones mobiles ne peuvent être coupés pendant le temps scolaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom - Prénom | Téléphone |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Tierce personne (en cas d’absence des parents) :  | Domicile :GSM :Professionnel : |

Directeur d’école ou Chef d’établissement :……………………………………...……………………

Enseignant ou Personnel de vie Scolaire :………………………………………………………….....

Médecin Scolaire : ……………………………………………………………………………………….

Infirmière Scolaire : ………………………………………………………………………………………

Médecin Traitant :…………………………………………………………………………………………

Médecin spécialiste :……………………………………………………………………………………..

Clinique :……….………………………………………………………………………………………….

Elève Nom-Prénom :

**PROTOCOLE D’URGENCE**

Protocole **rédigé et signé par le médecin** ( Mettre un exemplaire dans la trousse d’urgence)

Date du bilan allergologique (copie à joindre au protocole) :……………………………………..

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**En cas d’ingestion accidentelle d’un allergène, prendre l’avis du médecin traitant sans attendre l’apparition des signes.**

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE - LOCALISATION :…………………………….** |
|  |

|  |
| --- |
| **CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE** |
| * **Noter l’heure d’apparition des signes cliniques**
 |
| **Situations** | **SIGNES D’APPEL** | **CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE** |
| Urticaire aigüe | Démangeaisons, boutons comme des piqûres d’orties, plaques rouges |  |
| ConjonctiviteRhinite | Yeux gonflés, éternuements, écoulements de nez |  |
| Œdème sans signe respiratoire | Gonflement des lèvres, du visage ou d’une partie du corps |  |
| Troubles digestifs | Douleurs abdominales, vomissements |  |
| Crise d’asthme | Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l’enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement |  |
| Œdème avec signes respiratoires | Toux rauque, voix modifiée, signes d’asphyxie, d’étouffement |  |
| Choc ou malaise | Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte de connaissance |  |
| * **Appeler le service d’urgence :**
	+ *Informer de l’existence et du contenu du PAI*
	+ *Signaler ce qui a été fait, c’est-à-dire l’heure de l’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.
 |

**Nom et qualité des personnes habilitées à prodiguer les soins de l’urgence si sortie scolaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Qualité et année scolaire** |
|  |  |
|  |  |

Date :

Signature et cachet du médecin Signature et cachet du Médecin Scolaire

Elève Nom-Prénom :

**AMENAGEMENTS A METTRE EN OEUVRE**

|  |
| --- |
| **PRISE ALIMENTAIRE** |
|  |
| REPAS |
| * Panier repas non autorisé
* Panier repas seul autorisé
 |
| 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 manipulation de :
	+ Fruits à coques (amandes, noix, noisettes…)
	+ Arachides (cacahuètes)
	+ Pâte à modeler
	+ Pâte à sel
	+ Autres :
* Autres aménagement à préciser :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES |
| * Emporter la trousse d’urgence complète avec le PAI
* L’adrénaline auto-injectable doit être conservée à température ambiante inférieure à 25°. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.
* Prendre un téléphone mobile et s’assurer de la couverture du réseau.
* La personne responsable de la sortie 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 document. Sinon, en informer la famille.
 |

Elève Nom-Prénom :

|  |
| --- |
| **Date : SIGNATAIRES** (nom-signature) |
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

**RECONDUCTION DU PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

* Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
* Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n’est intervenue, le présent projet d’accueil individualisé est reconduit à l’identique.
* Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : …………………………………………Reconduit-le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

Elève Nom-Prénom :

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |