



**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR LE DIABETE**

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 :

**BESOINS SPECIFIQUES DE L’ELEVE**

(À remplir par le médecin spécialiste qui suit l’enfant)

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE \_ LOCALISATION :…………………………….** |
| **L’élève doit toujours avoir dans ses affaires :**   * Du sucre – des biscuits secs ou du pain * Le matériel nécessaire pour ses contrôles glycémiques. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOINS** | * L’élève doit avoir des contrôles glycémiques à l’école : **oui non**   Si oui, préciser les horaires :   * L’élève doit recevoir de l’insuline sur le temps scolaire : **oui non**   Si oui, préciser les horaires : |
| **Restauration Scolaire**  **Temps périscolaire**  *NB : Dans le 1er degré, ces temps ne relèvent pas de l’école ; leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI sont placées sous la responsabilité des associations ou des sociétés de garde.* | * L’élève déjeune à la cantine **oui non** * Autres : |
| **Si collation** | * Nature : * Horaire : |
| **Activités Physiques** | * Prévenir la famille en cas d’activité physique inhabituelle * Conseils et / ou adaptations si nécessaires (exemple : natation, escalade…) : |
| **Aménagements Pédagogiques** |  |
| **Sorties Scolaires**  **Classe transplantée** | * Prévenir la famille * Prendre la trousse d’urgence avec le double de ce document * Informer les personnels de la structure d’accueil de l’existence du PAI et l’appliquer |
| **Autres** | * Laisser l’élève boire et/ou sortir de classe pour uriner * Si l’enfant boit et urine beaucoup (ou si glycémie > ou = à 3g/l) en informer les parents * Maternelle et primaire : informer les parents en cas de goûter festif * En cas de changement d’enseignant, l’établissement doit faire suivre l’information de façon prioritaire |

Elève Nom-Prénom :

**PROTOCOLE DE SOINS D’URGENCE**

(À remplir par le médecin spécialiste qui suit l’enfant)

|  |  |
| --- | --- |
| **HYPOGLYCEMIE MODEREE**  **GLYCEMIE < 0.6g/l** | * **Les signes d’hypoglycémie propres à l’enfant sont :**   En maternelle, ne pas négliger ces signes car l’enfant n’est pas assez autonome   * **Devant ces signes, avertir la famille et :** * Faire asseoir l’enfant et le mettre au repos * Contrôler la glycémie si possible * Donner morceaux de sucre * **Attendre que les signes passent (5 à 10 mn), puis** : * Si c’est l’heure du repas, le faire déjeuner en priorité   - Sinon et si les signes persistent : |
| **HYPOGLYCEMIE AVEC PERTE DE CONNAISSANCE**  **APPEL DU SERVICE D’URGENCE** | * Ne rien faire avaler * Allonger l’Enfant sur le côté en position latérale de sécurité * **Glucagen à fournir** - joindre l’ordonnance :   Détailler : ………………………………………………  ……………………………………………………………… |

*Les parents s’engagent à informer le Médecin Scolaire en cas de changement de protocole de soins*

**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 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |