



**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 |