



**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR L’EPILEPSIE**

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 EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU**

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE ET CONSIGNES D’ADMINISTRATION LOCALISATION :…………………………….** |
| **Rappel : La circulaire n’autorise aucune administration intra-rectale** |

|  |
| --- |
| **SIGNES D’APPEL** |
| * PERTE DE CONNAISSANCE BRUTALE * CHUTE SPONTANEE * MOUVEMENTS ANORMAUX * ABSENCE : BREVE PERIODE DE NON RECEPTIVITE * AUTRES : |

|  |
| --- |
| **SIGNES DE FIN DE CRISE** |
|  |

|  |
| --- |
| **RECOMMANDATIONS GENERALES** |
| * Rester calme et faire évacuer les autres élèves * **Noter l’heure de début de la crise** * Laisser l’élève allongé par terre sans essayer de la contenir et éloigner tout risque de traumatisme * Quand les mouvements ont cessé, desserrer ses vêtements, le mettre sur le côté, le couvrir. Ne rien lui donner à boire ni à manger. * **Noter l’heure de fin de crise** * Appeler le service d’urgence * Appeler la famille * Prévenir le directeur d’école |

|  |
| --- |
| **RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A L’ELEVE** |
|  |

**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**

* **Peut-il pratiquer toutes activités sportives ?** OUI NON

**Si non**, lesquelles sont à proscrire ou à adapter (en particulier natation, escalade et activités en hauteur) ?

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

* **Adaptations pédagogiques nécessaires au quotidien**

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

* **Peut-il participer aux travaux atelier ?** OUI NON

**Si oui**, dans quelles conditions ?

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

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 |