

**PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
**Circulaire n°2003-135 du 08-09-03**  
**N°2**

---

**L'enfant :**

Nom:  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :

---

**L'établissement :**

Ecole maternelle       Ecole élémentaire       Collège   
Nom de l'établissement :      Classe :  
Restauration scolaire       Accueil pré post scolaire       Accueil de loisirs   
TAP       Etude

---

**Les parents :**

	<b>Père</b>		<b>Mère</b>
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Tel domicile :		Tel domicile :	
Tel Travail :		Tel Travail :	
Tel portable :		Tel portable :	

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom :		Nom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
Tel domicile ou bureau :		Tel domicile ou bureau :	
Tel portable :		Tel portable :	

---

Nom du médecin traitant :  
Tel :

**PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ-**  
**Circulaire n°2003-135 du 08-09-03**  
**N°2**

---

**L'enfant :**

Nom:  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :

---

**L'établissement :**

Ecole maternelle       Ecole élémentaire       Collège   
Nom de l'établissement :      Classe :  
Restauration scolaire       Accueil pré post scolaire       Accueil de loisirs   
TAP       Etude

---

**Les parents :**

	<b>Père</b>		<b>Mère</b>
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Tel domicile :		Tel domicile :	
Tel Travail :		Tel Travail :	
Tel portable :		Tel portable :	

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom :		Nom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
Tel domicile ou bureau :		Tel domicile ou bureau :	
Tel portable :		Tel portable :	

---

Nom du médecin traitant :  
Tel :

NOM :

PRENOM :

## Protocole d'intervention en cas d'urgence

### SIGNES D'APPEL :

- Difficulté pour respirer correctement, la respiration devient rapide
- Sifflements lors de la respiration
- Tous sèche et quinteuse
- Malaise, pâleur
- Suite à un effort : Essoufflement, toux, sifflement
- Autres :

### MESURES A PRENDRE :

- asseoir l'enfant, desserrer le col de la chemise et la ceinture
- l'aider à respirer lentement et profondément, tout en le rassurant.
- lui donner immédiatement le médicament suivant :

### **ALLERTER LE SAMU 15 OU 112 et PREVENIR LES PARENTS :**

- si pas d'amélioration dans les 10 minutes suivant la prise médicamenteuse
- si l'enfant est angoissé et a du mal à parler
- s'il se sent épuisé
- si ses lèvres deviennent bleues

## AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

### ACTIVITES PHYSIQUES :

- informer le professeur
- apporter la trousse sur le terrain de sport
- faire pratiquer un échauffement progressif et ne pas forcer l'élève au-delà de ses limites
- En cas d'alerte à la pollution atmosphérique : ne pas faire courir l'enfant. S'assurer qu'il a accès à son produit.

Traitement avant l'effort : .....

### **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

#### **→Lieu(x) de rangement :**

- Les troussees sont fournies par les parents (**une trousse par lieu fréquenté**) et doivent contenir un double du document
- Les parents fournissent les médicaments et 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'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation nationale.

#### **→En cas de déplacement : 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.

### **Lieu de rangement de la trousse de secours :**

Pour le préscolaire ou postscolaire	
Pour l'école	
Pour la restauration scolaire	
Pour l'accueil de loisirs	

## **SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES**

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

**Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé avec une ORDONNANCE JOINTE.**

**J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.**

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

Ce document est révisable à tout moment

### **Dates et signatures :**

Parents :

Médecin traitant :

Médecin Education Nationale :

Service des restaurants scolaires :

Service de la Réussite Educative :

Directeur de l'école :

Elue déléguée à la restauration scolaire :

Elu délégué à la Réussite Educative :