

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°3

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 :

| | Père | | Mère |
|----------------|-------------|----------------|-------------|
| 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 INDIVIDUALISE-
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°3

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 :

| | Père | Mère |
|----------------|-------------|----------------|
| 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 EN CAS D'URGENCE

A renseigner par le diabétologue de l'enfant

Horaires des dextro :

*
*
*

SIGNES D'APPELS D' HYPO GLYCEMIE

L'enfant se plaint de :

Sensation de faim :
Vertiges
Fatigue
Maux de tête
Trouble visuel

On observe :

sueurs
tremblements
troubles de la parole
pâleur
sommolence:
changement de comportement

Préciser le taux indiquant une hypo glycémie:

MESURES A PRENDRE :

- Mettre au repos
- Faire pratiquer un dextro
- Faire absorber :morceau(x) de sucre

En quelques minutes le malaise doit disparaître. Faire alors prendre une collation : biscuit, pain.....Si l'élève ne peut prendre lui-même le sucre, le lui mettre dans la bouche (après l'avoir légèrement mouillé.)

S'il résiste ou refuse, il faut le faire de façon autoritaire, sauf s'il est inconscient.

EN CAS DE MALAISE GRAVE AVEC PERTE DE CONNAISSANCE :

APPELER LE SAMU 15 OU 112
PREVENIR LES PARENTS

Ne pas tenter de lui faire avaler n'importe quoi

Lui badigeonner l'intérieur des joues avec de la confiture ou du miel.

S'il revient à lui rapidement : donner une collation (jus de fruits sucré, pain...)

Si le malaise persiste : Tenir à disposition des secours l'ampoule de GLUCAGEN

Seuls les traitements per os, inhalés ou par seringue auto-injectable sont autorisés en milieu scolaire.

La famille fournira à l'école une ampoule de GLUCAGEN et le nécessaire pour une injection en urgence. Elle doit être conservée au froid. Prévoir une boîte isotherme pour les sorties

HYPER GLYCEMIE

Préciser le taux indiquant l'hyper glycémie :

L'enfant doit-il faire une bandelette urinaire :

Si oui que doit-on vérifier ? :

Décision à prendre selon résultat, quelle est la conduite à tenir :

REGIME ALIMENTAIRE

Fournir à la municipalité la répartition journalière de l'alimentation par groupe d'aliment et quantité

L'enfant doit prendre des collations à.....h et àh (les collations seront apportées par l'enfant)

Repas du midi

Quantité de féculent devant être servie à l'enfant :

Quantité de pain devant être servie à l'enfant :

Goûter

Le Goûter de l'enfant devra comporter :

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

- Autoriser l'élève à sortir pour boire, aller aux toilettes ou à l'infirmerie.
- Permettre à l'élève de manger en classe en cas de malaise ou lors d'un examen.
- Pour les goûters ou anniversaires, donner une part de gâteau et une boisson sans sucre. Ne pas donner de bonbons en récompense.

ACTIVITES PHYSIQUES : Informer le professeur d'EPS

- Apporter la trousse sur le terrain de sport.
 - Prévenir les parents les jours d'activités sportives habituelles et inhabituelles
 - Apporter une collation supplémentaire à prendre pendant ou après le sport si l'effort a été intense et prolongé.
 - Avoir la permission de s'arrêter en cas de besoin.
- Sports à adapter :

TRAITEMENT MEDICAL :

- Une trousse contenant du sucre, une boisson sucrée, des barquettes de confitures ou de miel, des biscuits est à déposer dans chaque lieu fréquenté. (A renouveler par les parents en cas d'utilisation). Joindre également un exemplaire du projet d'accueil signé par les parents et l'ordonnance récente du médecin traitant.

- Prévoir un lieu calme et propre pour le contrôle de glycémie ou injection d'insuline à faire sur le temps scolaire. L'élève apportera son matériel.

L'élève est porteur d'une pompe à insuline. En cas de problème, prévenir les parents.

SORTIES SCOLAIRES OU CLASSES TRANSPLANTES :

- Prendre la trousse d'urgence et le PAI

- Connaître les horaires des transports et des repas.

- EN CAS DE SORTIE SCOLAIRE (départ matinal, retour tardif) : si l'élève ne maîtrise pas son traitement, un des 2 parents ou un adulte responsable (avec demande écrite des parents) devra l'accompagner.

-EN CAS DE CLASSE TRANSPLANTEE : des soins infirmiers devront être organisés.

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 signature

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 :