

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°1

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
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 :

NOM :

PRENOM :

A renseigner par le médecin traitant ou allergologue de l'enfant

Allergène majeur ou aliment à retirer de l'alimentation de l'enfant (cocher les cases correspondantes) suivant le décret n°2015-447 du 17 avril 2015

Céréales, gluten	
Crustacé	
Œuf	
Poisson	
Arachide	
Soja	
Lait	
Fruits à coques	
Céleri	
Moutarde	
Sésame	
Lupin	
Mollusque	
Sulfites	

Ou

Détail de régime alimentaire en précisant la liste exacte des aliments à retirer :

Les signes d'appel :

Degré de l'allergie :

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour les allergies alimentaires oui non

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

1 Appel du SAMU 15 ou 112 (portable)

2 Utilisation de la trousse de secours (si existante suite à la validation du médecin scolaire) et suivant les consignes du SAMU

3 Appel des parents ou des personnes autorisées

4 Transport de l'enfant à l'hôpital, par les pompiers (après avis du SAMU), **ou** enfant pris en charge par ses parents

5 Information aux services concernés (Service Enfance/Scolaire, et Service des Restaurants Scolaires)

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

EN CAS DE	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR (composition et utilisation de la trousse de secours)
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des piqures d'orties, plaques rouges	
Rhinite Conjonctivite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèches, gêne respiratoire, sifflement audible, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaises avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Cachet et signature du médecin :

Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

→Lieu(x) de rangement :

- Les trousseaux sont fournis 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	

AMENAGEMENTS PARTICULIERS

Restauration scolaire /Goûter :

- Non autorisé
- Menus habituels avec éviction simple
- Paniers repas seuls autorisés

Les parents s'engagent à fournir les paniers repas dans une glacière ou sac portable isotherme avec des blocs de conservation. Dès l'arrivée dans l'établissement scolaire, le boîtier est placé au réfrigérateur. Un emplacement spécifique et identifié doit être prévu. Les parents en assument la pleine et entière responsabilité.

Activités d'arts plastiques ou autres activités

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, cacahuètes (arachide) :
- Pâte à modeler :
- Pâte à sel
- Autres (préciser) :

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 :

Service des restaurants scolaires :

Service de la Réussite Educative :

Elue déléguée à la restauration scolaire :

Elu délégué à la Réussite Educative :