

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°4

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'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

INFORMATION A FOURNIR AU MEDECIN D'URGENCE :

TYPE DE DREPANOCYTOSE :

MESURES A PRENDRE EN CAS DE :

SELON **L'ORDONNANCE JOINTE** POUR L'ANNEE EN COURS.

Les parents s'engagent à vérifier les dates de validité.

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

EN CAS DE	CONDUITE A TENIR	PRESCRIPTION
DOULEUR	Repos au chaud, pas de froid localement Faire Boire	
DOULEUR PERSISTANTE SOUS TRAITEMENT	PREVENIR LES PARENTS + LE SAMU 15 ou 112	
FIEVRE, PALEUR, FATIGUE	PREVENIR LES PARENTS + LE SAMU 15 ou 112 Repos Couvrir	
AUTRE		

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	

AMENAGEMENT SPECIFIQUES

- Boissons abondantes : régulièrement réparties dans la journée, accès libre aux toilettes
- Eviter les expositions au froid : Habillement en rapport avec la température extérieure (durant les récréations en particulier et en EPS). En période de grand froid, pas de récréation à l'extérieur
- En cas de choc, de traumatisme, pas de refroidissement physique (type pansement froid) ; appliquer la pommade

ACTIVITES PHYSIQUES: Informer le professeur d'EPS

SPORT AUTORISE : OUI NON

Possibilité de boire sans restriction, repos en cas de fatigue. Etre particulièrement attentif en cas d'essoufflement.

AMENAGEMENTS PROPOSES EN CAS DE DISPENSE PARTIELLE :

-
-
-

- PRATIQUE DE LA NATATION : vérifier la température de l'eau
Si < 25° : bain interdit
Si > 25° : sortir de l'eau dès la sensation de froid, se sécher immédiatement, voire se rhabiller (prévoir serviette et survêtement au bord du bassin). Il est recommandé aux parents d'aller une fois à la piscine avec leur enfants pour voir son comportement dans l'eau.

AIDE A LA SCOLARITE

- Aménagements particuliers (double jeu de livres..)
- Tenir compte de la fatigabilité liée à la pathologie. En cas de difficulté scolaire, organiser un soutien scolaire dès que possible
- En cas d'hospitalisations répétées ou de maintien à domicile, assurer le suivi scolaire (Assistance pédagogique à domicile)

SORTIES ET CLASSES TRANSPLANTEES :

Tout séjour au-dessus de 1500 m est interdit

Sorties à la (demi) journée : emporter boisson, trousse d'urgence avec copie du protocole ; être en mesure d'appeler un service d'urgence (112 ou 15) Veiller à un habillement adapté (éviter les vêtements serrés), éviter tout refroidissement.

Classe transplantée : Même recommandations, emporter le carnet de santé (sous enveloppe) Donner le traitement quotidien : suivre la prescription selon l'ordonnance jointe.

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 :