

**PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**  
**Circulaire n°2003-135 du 08-09-03**  
**N°6**

---

**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 :

- ✓ Perte de connaissance brutale avec chute puis mouvements convulsifs et salivation importante. Cette crise dure environ 1 à 2 minutes et l'enfant reprend conscience progressivement.
- ✓ Brève rupture de contact (quelques secondes), le regard est vague et l'enfant reprend son activité.
- ✓ Secousses brutales des membres ou de tout le corps qui peuvent faire lâcher brusquement ce que l'enfant tient à la main ou même le faire tomber lui-même.
- ✓ Autres manifestations :

### MESURES A PRENDRE :

- Garder son calme : la crise peut être impressionnante mais elle va s'arrêter. Eviter les attroupements. Rassurer les autres enfants.
- Ne pas déplacer l'enfant sauf s'il court un danger là où il se trouve (blessure, noyade, brûlure...)
- Si l'enfant est assis à son bureau, l'allonger par terre ; mettre un coussin ou un vêtement plié sous la tête ; écarter tout objet susceptible de le blesser.
- Desserrer les vêtements autour du cou et la ceinture.
- Laisser la crise se dérouler spontanément ; ne pas essayer d'empêcher les mouvements convulsifs. Durant toute la crise, l'enfant est inconscient.
- Dès la fin de la crise (arrêt des mouvements convulsifs), tourner l'enfant sur le côté, en position latérale de sécurité, tête basse pour faciliter l'écoulement de la salive.
- Attendre qu'il reprenne tout à fait conscience ; il est souvent un peu désorienté. Rester auprès de lui en parlant calmement.
- Ne pas lui donner à boire tant qu'il n'est pas complètement réveillé.

### **Appeler le SAMU (15) :**

- ⇒ **devant toute crise qui dépasse 5 minutes**
- ⇒ **devant toute crise qui récidive**
- ⇒ **si l'élève s'est blessé durant la crise**
- ⇒ .....

**Dans tous les cas, avertissez les parents de la crise.**

## ACTIVITES PHYSIQUES :

Veiller à ce que le professeur d'éducation physique soit au courant.

- Natation possible s'il y a une surveillance attentive (informer le maître-nageur) ou un accompagnateur dans l'eau pour secourir l'enfant si nécessaire.
- Sports en hauteur déconseillés
- Autres précautions à prendre : .....

## UTILISATION DE MATERIEL AUDIOVISUEL ET DE LA MICRO-INFORMATIQUE :

- Sans problème
- A éviter
- A utiliser avec certaines précautions : pas dans le noir, ne pas dépasser 1 heure d'utilisation, 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	

## **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 :