

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE / P.A.I.

NOM de l'enfant :

Photo à coller

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse :

Ecole :

### Modalités d'accueil périscolaire : (A compléter par les parents)

Restaurant scolaire :

OUI

NON

Accueil périscolaire matin/soir :

OUI

NON

Ce protocole est **établi pour l'année scolaire** et **révisable** à tout moment.

Il appartient aux parents de prendre contact avec le directeur de l'école ou le médecin scolaire à chaque rentrée scolaire pour envisager la mise en place ou le **renouvellement** du PAI.

Il est de la **responsabilité des parents** de vérifier les **dates de péremption** et de procéder au remplacement des médicaments le cas échéant.

**La page 3 de ce document et le protocole d'urgence sont à renseigner par le médecin traitant de l'enfant.**

**Une ordonnance de moins de 3 mois doit être jointe au PAI.**

### AUTORISATION PARENTALE

(À remplir par les parents/responsables légaux)

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant à l'école, et à la cantine et lors de l'accueil périscolaire matin et soir s'il y est inscrit.

Nous autorisons ces personnels à pratiquer les gestes et traitements prévus dans ce document.

	Nom	Téléphone	Mail	Date et Signature
Parent 1				
Parent 2				

Année scolaire 20__/20__				
Ecole : .....		Classe : .....		
	Nom	Téléphone	Mail	Date et Signature
Directeur/ Directrice				
Enseignant(e)				
PMI / Santé scolaire				
Responsable périscolaire				
Médecin référent				

**EN CAS D'URGENCE, APPELER LE SAMU (15 ou 112)**

**Lieux de rangement de la trousse de secours ? (À compléter par l'école et le périscolaire)**  
*(Lieu connu des adultes responsables et inaccessible aux enfants)*

Sur le temps scolaire :  
 Sur le temps périscolaire :  
 En permanence sur l'enfant

(En cas de déplacement, y compris trajets restauration scolaire et activités périscolaires, emporter systématiquement la trousse d'urgence et le PAI).

Le PAI devra être rangé dans le **registre d'appel** de la classe (et du périscolaire si inscription).  
 En cas de **remplacement** d'un membre du personnel, faire suivre l'information de façon prioritaire.  
 En cas de **sortie**, la personne responsable doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettront de respecter le PAI, sinon en informer la famille.

**PANIER REPAS FOURNI PAR LES PARENTS (À compléter par le médecin scolaire)**

- systématiquement :                      OUI                       NON   
 = Si intolérance ou allergies complexes (Œuf, Gluten, Protéines de lait de vache, Lactose, allergies arachides)

- occasionnellement :                      OUI                       NON   
 = si allergie poisson : panier repas obligatoire les jours de poisson + jours de grève  
 = si allergie œuf avec traces autorisées : panier repas obligatoire les jours où œufs durs / omelette / quiche sont au menu + jour de grève.

## PAGE 3 À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

**INDICATION DU PAI** (Ne pas citer de diagnostic, uniquement des symptômes ou points d'appel)

.....

### AMENAGEMENTS SPECIFIQUES D'ACCUEIL ?

▶ Restriction / contre-indication lors des activités physiques  OUI  NON  
Si oui, lesquelles

.....

▶ Manipulation contre-indiquée (ateliers manuels, cuisine...)  OUI  NON  
Préciser :

▶ Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons...)  OUI  NON

▶ Autre précaution / intervention particulière  OUI  NON

.....

.....

▶ Trousse d'urgence  OUI  NON  
*Fermée et étiquetée au nom de l'enfant, elle contient : (Préciser la DCI)*

- Le PAI - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....

## RECOMMANDATIONS

*D'après le protocole du service d'hématologie pédiatrique du CHU de Strasbourg*

- 1) **Faire boire régulièrement** par petites quantités tout au long de la journée au moins 1,5 Litre à 2 Litres d'eau par jour. Il faudra être particulièrement vigilant en cas de grosse chaleur. Ces bouteilles d'eau doivent être fournies par la famille ou par l'établissement, mais ne doivent en aucun cas être portées par l'enfant, qui doit éviter les efforts physiques importants.
- 2) Cette nécessité d'une hydratation abondante permanente va entraîner des demandes qui peuvent être jugées intempestives **d'aller-retour aux toilettes** pendant les heures d'enseignement. Ces demandes doivent être prises en compte et respectées.
- 3) Les éventuelles crises douloureuses nocturnes, et la prise de médicaments antalgiques, peuvent amener l'enfant à fréquenter l'école en étant **fatigué**. L'idéal est de prévoir dans l'établissement une solution lui permettant de se reposer si nécessaire.
- 4) Il faut **éviter les expositions au froid et tous les efforts physiques intenses ou prolongés**. L'éducation physique ne doit pas être déconseillée, car il est indispensable que ces enfants se musclent mais une information précise doit être donnée au responsable pour que l'enfant ne participe à aucun exercice intense ni à aucun sport d'endurance. En revanche les efforts progressifs et dosés sont possibles.  
  
Les sports en piscine sont envisageables si l'eau est suffisamment chauffée (30°C) et si l'enfant peut s'essuyer, et être rhabillé et réchauffé immédiatement après la sortie du bassin.
- 5) Il faut éviter tous les vêtements qui favorisent la striction (chaussettes serrées, compression par élastiques ou velcro...). Les parents sont informés de ces recommandations.
- 6) Les **crises douloureuses** relèvent d'antalgique. En milieu scolaire, il conviendra de donner à l'enfant le traitement prescrit et de prévenir immédiatement les parents de venir le chercher. Ils poursuivront la prise en charge dont ils ont l'habitude.

**Il est très important que l'enfant ne porte pas de charge lourde.** Dans ce sens, il faut veiller à alléger le poids du cartable, et fournir un double jeu de livres scolaires.

### 3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 06

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.

#### Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement à prendre
<b>DOULEUR ISOLÉE non thoracique</b>  (sans fatigue ni pâleur ni fièvre)	1. Appeler les parents, mettre l'enfant au repos, le <b>réchauffer</b> , lui donner à boire.  Si la douleur persiste au bout de 30 minutes une consultation médicale est urgente : appeler à nouveau les parents et s'ils ne sont pas joignables très rapidement, appeler le <b>15</b> ou le <b>112</b>	<input type="checkbox"/> Paracétamol : Forme :                      Dose : 1 dose toutes les 6 heures si douleur, maximum 4 doses par jour.  <input type="checkbox"/> Autre : Forme :                      Dose :
Autre :		

#### Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou le 112

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement
<b>FIÈVRE ≥ 38.5 °C ET/OU PÂLEUR AVEC FATIGUE INTENSE D'APPARITION RAPIDE</b>  <b>Douleur au niveau du thorax, même isolée</b>	Une consultation hospitalière pour bilan est urgente : appeler les parents et le 15 ou 112 pour transport de l'enfant au centre hospitalier référent  En attendant le service d'urgence : mise au repos + boisson + éviter tout refroidissement	<input type="checkbox"/> En attendant, en cas de fièvre : <b>paracétamol</b> Forme :                      Dose : 1 dose toutes les 6 heures si douleur, maximum 4 doses par jour.  <input type="checkbox"/> Autre :

<b>TAUX D'HÉMOGLOBINE DE BASE :</b>	<b>g/dL</b>
-------------------------------------	-------------

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

**Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint :  OUI             NON**

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :