

CONSTITUTION DU DOSSIER DE P.A.I

CI-JOINT A REMPLIR ET A RETOURNER AU SERVICE SCOLAIRE DE LA MAIRIE

. **Protocole d'Accueil Individualisé**

- . 1ère partie à remplir et signer par les parents
- . 2ème partie à remplir et signer par le médecin (rose)
- . 3ème partie : est mis à la signature du chef d'établissement, du médecin scolaire, et du maire-adjoint au scolaire au retour du dossier (jaune)

- . **ENGAGEMENT de la famille** à retourner complété en mairie dès réception (mauve) **ANNEXE I**

EN CAS D'ALLERGIES ALIMENTAIRES GRAVES

- . **Protocole d'Accueil Individualisé avec "panier-repas"** pour les allergies alimentaires

ANNEXE II

- . **ENGAGEMENT DE LA FAMILLE "Panier-Repas"** à retourner complété en mairie dès réception

(mauve) **ANNEXE III**

PIECES ET ELEMENTS COMPLEMENTAIRES A JOINDRE

- . **photocopie de l'ordonnance** pour les soins et liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence, au nom de l'enfant

- . **schéma explicatif** du mode d'administration du médicament (chambre d'inhalation, injection intramusculaire, auto-injection)

- . **TROUSSE D'URGENCE** contenant les médicaments prescrits par le médecin.

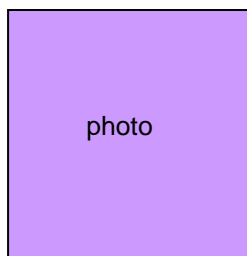
Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document. Il est de la responsabilité des parents de fournir plusieurs troussees lorsque l'enfant fréquente le centre de loisirs qui n'est pas au sein de l'école, ainsi que de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils seront périmés.

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I)

ETABLI CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE LA CIRCULAIRE N° 2003-135 DU 8 SEPTEMBRE 2003
bulletin officiel n° 34 du 18/09/2003 - circulaire restauration scolaire n° 2001-118)
(bulletin officiel spécial n° 9 du 28/06/2001)

Projet applicable dans le cas où l'enfant est atteint de troubles de la santé, d'allergie ou d'intolérance alimentaire, ou autres maladies chroniques et fréquente une école de Croissy-sur-Seine, l'accueil périscolaire ou/et le centre de loisirs ou/et déjeune au restaurant scolaire

ANNEE SCOLAIRE



Année scolaire du 1er P.A.I

P.A.I reconduit pour l'année scolaire

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

ENFANT

NOM

Prénom

sexe

date de naissance

poids

taille

adresse

école fréquentée en 2007/08 :

classe :

professeur :

L'enfant va fréquenter le restaurant scolaire le :

LUNDI MARDI JEUDI VEND

L'enfant est inscrit à :

. l'accueil du matin : OUI NON LUNDI MARDI JEUDI VEND

. l'accueil du soir : OUI NON LUNDI MARDI JEUDI VEND

. l'étude du soir : OUI NON LUNDI MARDI JEUDI VEND

. le centre de loisirs : OUI NON NBRE DE MERCREDI(S) par mois :

TYPES D'INFECTIONS :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE TROUBLES

LE PERE

NOM Prénom
ADRESSE
TELEPHONE domicile travail
portable

LA MERE

NOM Prénom
ADRESSE
TELEPHONE domicile travail
portable

TIERS PERSONNE

NOM Prénom
LIEN DE PARENTÉ portable
ADRESSE
TELEPHONE domicile travail

MEDECIN

NOM Prénom
ADRESSE
TELEPHONE travail portable

SERVICE HOSPITALIER

Nom de l'hospital/service Téléphone

INFORMATIONS GENRALES

ACCUEIL DU MATIN/SOIR - ETUDE - CENTRE DE LOISIRS

Dans le cas où l'enfant est inscrit à une activité péri scolaire, un agent désigné à cet effet aura accès à la trousse d'urgence et sera destinataire du présent protocole d'urgence.

RESTAURATION SCOLAIRE

Dans le cas où l'enfant est inscrit à la restauration scolaire, il n'est pas de la responsabilité de l'Agent Technique Spécialisé des Ecoles maternelles (ATSEM en charge des enfants d'âge maternel), ni du surveillant de cantine (en charge des enfants d'âge élémentaire) de s'assurer que les produits fournis par la famille ne sont pas contre-indiqués au regard de l'allergie de l'enfant.

La personne référente dans chaque établissement scolaire a pour mission de veiller au réchauffage du repas (selon les indications précisées par la famille) en cas d'accueil avec panier repas.

PARTIE A REMPLIR ET SIGNER PAR LE MEDECIN

(en lettre capitale)

**PROTOCOLE D'INTERVENTION
EN CAS D'URGENCE**

ENFANT

NOM

Prénom

Date de naissance

classe

Type d'infection

Rappel des éléments allergisants (certificat médical à joindre)

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER ET PREMIERS GESTES DE SECOURS

DESCRIPTION DES SIGNES CLINIQUES	CONSIGNES A SUIVRE	ACTION COMPL. EN CAS D'AGGRAVATION

INFORMATION A TRANSMETTRE AU MEDECIN D'URGENCE

Les éléments confidentiels peuvent être joints sous pli cacheté qui sera rendu au service médical en fin d'année scolaire

Existe-t-il un traitement de fond ?

Des contre-indications médicales ?

Composition de la trousse d'urgence fournie par les parents (à déposer à l'école)

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

RESTAURATION SCOLAIRE

(cocher OBLIGATOIREMENT un seul choix)

- le médecin estime que l'enfant peut se restaurer à la cantine
- Le médecin estime que l'enfant peut se présenter dans une salle de restauration collective où il consomme les repas servis, en évitant de lui-même les aliments allergisants

RESTAURATION AVEC "PANIER REPAS" pour les allergies alimentaires :

le médecin estime que l'enfant peut se présenter dans une salle de restauration collective où il consommera uniquement les repas préparés par sa famille (boîtes à provisions), auquel cas, la municipalité demande le respect d'un protocole d'hygiène pour la communication et la conservation des boîtes à provisions (ANNEXE II - P.A.I. "panier repas")

OUI NON

LES GOUTERS

(cocher OBLIGATOIREMENT un seul choix)

le médecin autorise :

- Goûters collectif (de la restauration municipale ou en classe)
- Goûters collectif en retirant l'aliment allergène (si possible)
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

LES ACTIVITES D'ARTS PLASTIQUES

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux, ou denrées alimentaires :

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| . ateliers cuisine, pâtisserie... | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| . fruits à coque, cacahuètes (arachide) | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| . pâtes à modeler | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| . pâte à sel | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| . autres (préciser)..... | | |

LES SORTIES PONCTUELLES SUR UNE JOURNEE

(piscine, spectacle, visites)

(cocher OBLIGATOIREMENT un seul choix)

. Le médecin estime que l'enfant peut se déplacer avec ses camarades dans le cadre de sortie, l'encadrant disposant d'une mallette de secours contenant le PAI, ainsi que d'un téléphone portable

- sans réserve particulière,
 avec le repas préparé par ses parents

LES CLASSES TRANSPLANTEES ET SORTIES AVEC NUITÉES

. Le médecin estime que l'enfant peut se déplacer avec ses camarades, l'encadrant disposant d'une mallette de secours contenant une plaquette résumant le P.A.I

OUI NON

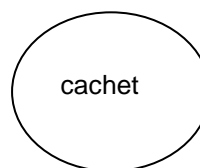
. Le médecin demande que le centre s'engage à fournir de façon contractuelle des menus à la Municipalité. **Dans le cas où le centre ne pourrait assurer la fourniture de menus spécifiques, l'enfant ne pourrait participer à la classe transplantée**

OUI NON

AUTRES AMENAGEMENTS (à détailler)

Date

cachet et signature du médecin :



ATTESTATION PARENTALE

Je, soussigné(e)père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du docteur, tel.....

J'autorise la transmission du P.A.I aux personnes en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, cantine, temps périscolaire, auxquelles je demande de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce P.A.I.

Dans le cas d'une allergie alimentaire, je m'engage à respecter le "P.A.I. avec PANIER REPAS" pour la communication et la conservation des boîtes à provisions. (ANNEXE II)

J'atteste avoir pris connaissance des INFORMATIONS GENERALES, et m'engage à joindre tous les éléments nécessaires au P.A.I. (voir PIECES A FOURNIR)

Je m'engage à transmettre toute information en cas d'évolution, copie de chaque nouveau bilan médical entraînant une modification du P.A.I. à la mairie.

Date et signature du représentant

ENGAGEMENT DES PARTIES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes.

Elles s'engagent à le communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

le

Responsable de
l'Etablissement scolaire

le

Médecin de l'Education
Nationale

le

délégué aux Affaires
Scolaires

