

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

POUR LE TEMPS PLACE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉDUCATION NATIONALE

circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)  
circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Établissement : .....

Je soussigné, ..... 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 .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (TELEPHONE)

- Samu : 15 ou 112 (téléphone portable)
- Domicile des parents :
- Père : portable ..... travail : .....
- Mère : portable ..... travail : .....
- Autre personne :  
portable : ..... travail : .....
- Médecin traitant :
- Médecin spécialiste :

## Pour tous les enfants concernés

### ➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Indiquer les endroits où sont déposées les trousse d'urgence :
  - Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce 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 le médecin de l'éducation nationale ou de PMI en cas de changement de la prescription médicale.

### ➤ **En cas de déplacement scolaire : sorties et/ou classes transplantées**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu de déplacement à l'étranger

### ➤ **En cas de changement d'enseignant**

- L'établissement doit faire suivre l'information de façon prioritaire.

### ➤ **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps ne relèvent pas de l'éducation nationale ; leur gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI et ses aménagements sont placés sous la responsabilité du maire et/ou des associations.

## Besoins spécifiques de l'élève

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

**Signature du PAI et date :**

Responsable d'établissement  
ou directeur d'école

Enseignant de l'élève

Médecin EN ou PMI

## Autres personnes présentes lors de la signature du PAI

NOM	FONCTION	SIGNATURE

## Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit habituellement l'enfant

Ce protocole est destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des **personnels non soignants** en milieu scolaire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

### Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

Bronchodilatateur inhalé :

Recommandations de la Société Française de Pneumologie et Allergologie Pédiatrique 2007 :

- Salbutamol (1 bouffée=100 µg) : préférentiellement spray + chambre d'inhalation (chaque bouffée doit être inhalée en 3 à 5 respirations calmes ; masque facial avant 3-4 ans, embout buccal au-delà) surtout avant 8 ans ou spray auto-déclenché  
Posologie : 1 bouffée/2 kgs (max 10 bouffées/prise)
- Terbutaline (1 bouffée=500 µg)  
Posologie : 1 bouffée/10 kgs (max 2 bouffées/prise)

Corticoïdes **per os** :

Rappel : pas d'intérêt des corticoïdes inhalés dans le traitement de la crise d'asthme (ex : Bécotide°, Flixotide°, Sérétide°, ...) ; selon recommandations de la Société de Pneumologie et Allergologie Pédiatrique 2007

Chambre d'inhalation (joindre une copie du mode d'emploi) :

**Signes d'alerte de la crise d'asthme ou équivalent:  
toux sèche et répétée, gêne respiratoire, essoufflement, irritation  
de la gorge, oppression thoracique, sifflements audibles**

**Dès les premiers signes, pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents**

Bronchodilatateur inhalé : .....bouffées



**Disparition** totale des signes ou **amélioration** franche



Rester vigilant  
Prévenir les parents



**Persistance** ou **signes de gravité**  
Difficultés à parler, utilisation des muscles du cou/du ventre pour respirer, pâleur, sueurs, angoisse



**Appeler le 15  
ou le 112**

**DANGER**

- Renouveler la prise de bronchodilatateur pour un total de 3 fois, en espaçant de 20 mn chaque prise
- Donner corticoïdes per os :

*Pour mémoire :*

prednisolone/Solupred® : 1mg/kg-  
béthamétasone/Célestene® : 10 gouttes/kg)

Date : \_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin : \_\_\_\_\_

## FACTEURS DE RISQUE DE GRAVITE POTENTIELLE D'EXACERBATION

A remplir par le médecin qui suit l'élève pour cette pathologie  
à l'attention du personnel de santé de l'éducation nationale

Nom prénom de l'élève :

### Facteurs liés à l'asthme

*si oui, préciser*

#### Asthme instable

Utilisation fréquente de  $\beta$  2 stimulants à  
courte durée d'action  
(plus d'un spray par mois)

non

oui

Antécédents de réanimation ou de séjour  
en unité de soins intensifs

non

oui

Arrêt récent d'une corticothérapie orale  
longue

non

oui

Augmentation récente de la fréquence et  
de la gravité des crises

non

oui

Moindre sensibilité aux  $\beta$  2 stimulants à  
courte durée d'action

non

oui

#### Facteurs liés au terrain

Mauvaise perception par l'enfant de ses  
symptômes

non

oui

Difficultés d'observance du traitement

non

oui

#### Facteurs déclenchants particuliers

Allergie alimentaire

non

oui

Allergie aux moisissures

non

oui

Autres (préciser)

non

oui

Traitement de fond quotidien  
(si oui, préciser lequel)

non

oui

**Remarques :**

Date :

Signature et cachet du médecin :