



**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► A**

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Cirulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :
NOM – PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....	
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : .....	
.....	
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : .....	
..... ☎	
NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT : .....	
NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL : ..... CLASSE : .....	

**PARTIES PRENANTES**

► Coordonnées des responsables légaux

NOM – PRÉNOM	ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉLÈVE)	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL

- Directeur d'école ou chef d'établissement : .....
- Personnes ayant la charge de l'élève (AVS...) : .....
- Médecin scolaire : ..... Médecin PMI : .....
- Infirmière scolaire : ..... Infirmière PMI : .....
- Médecin traitant : ..... ☎
- Médecin spécialiste ou service spécialisé : ..... ☎
- Représentant de la municipalité : .....

**RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

- Parents ou responsables légaux : .....
- SAMU 15 - 112
- Médecin ou service hospitalier : .....
- Autre : .....
- .....
- .....

ÉLÈVE ► Nom - Prénom :

**PROTOCOLE D'URGENCE**  
*Protocole rédigé et signé par le médecin traitant ou l'allergologue  
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)*

**COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE**

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE**

SYMPTÔMES	CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE
<b>■ Signes d'appel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gêne respiratoire</li><li>- Essoufflement</li><li>- Irritation de la gorge</li><li>- Oppression thoracique</li><li>- Sifflements audibles</li><li>- Pincement des narines</li></ul>	Mettre l'élève assis et au calme Donner le traitement : ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... Si les signes persistent après ..... minutes, renouveler le traitement ..... ..... ..... .....
<b>■ Signes de gravité</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Angoisse</li><li>- Difficultés pour parler</li><li>- Sueurs</li><li>- Agitation</li><li>- Pâleur</li><li>- Lèvres bleues (cyanose)</li><li>- Epuisement</li><li>- Somnolence</li></ul>	Protocole détaillé : ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>■ Si pas d'amélioration ou aggravation</b>	<b>Appeler le SAMU 15</b> <b>Appeler la famille</b> <b>Rester près de l'élève</b>

Date :

Signature et cachet du médecin

## AMÉNAGEMENTS À METTRE EN OEUVRE

### LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (spécifier clairement un ou plusieurs emplacements)

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.

Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.

L'ANAPEN peut être conservé à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois. Toutefois, lors des sorties scolaires en périodes chaudes, il devra être mis dans un sac isotherme.

**La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.**

### MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU FLACON AÉROSOL

#### EN SPRAY

- ▶ Agiter le flacon aérosol de .....
- ▶ Introduire l'embout dans la bouche
- ▶ Expirer longuement
- ▶ Commencer une inspiration lente et profonde par la bouche appuyant sur l'aérosol tout en continuant d'inspirer conformément à la notice.
- ▶ Retenir la respiration pendant 10 secondes
- ▶ Expirer normalement
- ▶ Recommencer aussitôt avec la seconde bouffée de produit
- ▶ Ne pas oublier d'emporter le traitement en cas d'activité sportive ou extra-scolaire

#### AVEC UNE CHAMBRE D'INHALATION (type Baby Haler)

- ▶ Secouer le flacon aérosol
- ▶ L'emboucher à la chambre d'inhalation
- ▶ Y pulvériser les doses ordonnées.
  - ☞ L'enfant respire dans la chambre d'inhalation – compter jusqu'à 10 ou 20 selon la prescription.
  - Bien vérifier que les clapets sont mobilisés par la respiration de l'enfant.

ÉLÈVE ► Nom - Prénom :

Date :		SIGNATAIRES (nom - signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)		Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
Santé scolaire	Médecin traitant ou spécialiste	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

### RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
- Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :		Reconduit le :	
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :		Reconduit le :	
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :		Reconduit le :	
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants