



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► E

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Circulaire 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 EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

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

### COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE ET CONSIGNES D'ADMINISTRATION

**Rappel :** La circulaire n'autorise aucune administration intra-rectale.

### SIGNES D'APPEL

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PERTE DE CONNAISSANCE BRUTALE | <input type="checkbox"/> CHUTE SPONTANÉE                            |
| <input type="checkbox"/> MOUVEMENTS ANORMAUX           | <input type="checkbox"/> ABSENCE : BRÈVE PÉRIODE DE NON RÉCEPTIVITÉ |
| <input type="checkbox"/> AUTRES :                      |   |

### RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- ▶ Rester calme et faire évacuer les autres élèves
- ▶ Noter l'heure de début de la crise
- ▶ Laisser l'élève allongé par terre sans essayer de le contenir et éloigner tout risque de traumatisme.
- ▶ Quand les mouvements ont cessé, desserrer ses vêtements, le mettre sur le côté, le couvrir. Ne rien lui donner à boire ni à manger.
- ▶ Noter l'heure de fin de crise
- ▶ Appeler le SAMU 15 – Appliquer les consignes données par le médecin du SAMU.
- ▶ Appeler la famille.
- ▶ Prévenir le chef d'établissement ou le directeur d'école.

### RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À L'ÉLÈVE

**AMÉNAGEMENTS À METTRE EN ŒUVRE**

► **Peut-il pratiquer toutes les activités sportives ?**     OUI     NON

**Si non**, lesquelles sont à proscrire ou à adapter (en particulier natation, escalade et activités en hauteur) ?

.....  
.....  
.....  
.....

► **Peut-il participer aux travaux d'atelier ?**     OUI     NON

**Si oui**, dans quelles conditions ?

.....  
.....  
.....  
.....

► **Peut-il travailler sur machines dangereuses ou en élévation ?**     OUI     NON

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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)	
Médecin(s) (cachet et signature)		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