

Lycée d'Enseignement Général  
et Technologique Agricole  
La Vinadie, 46100 FIGEAC  
Tél. : 05 65 34 25 91

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

### En cas d'allergie(s)

#### CIRCULAIRE PROJET D'ACCUEIL DU 10/02/2021

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

#### **Élève :**

Nom :	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Photo</div>	
Prénom(s) :	<input type="text"/>		
Classe :	<input type="text"/>		
Régime :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Adresse élève :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Tél. portable :	<input type="text"/>	Adresse e-mail de l'élève :	<input type="text"/>

#### **Responsable légal n°1 :**

Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>
Nature du lien de parenté / responsabilité :	<input type="text"/>		
Adresse e-mail :	<input type="text"/>	Tél. portable :	<input type="text"/>
Tél. du domicile :	<input type="text"/>	Tél. professionnel :	<input type="text"/>
Fait à :	<input type="text"/>	Signature du représentant légal :	
Le :	<input type="text"/>		

## Responsable légal n°2 :

Nom :  Prénom(s) :

Nature du lien de parenté / responsabilité :

Adresse e-mail :  Tél. portable :

Tél. du domicile :  Tél. professionnel :

Fait à :

Signature du représentant légal :

Le :

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

## Antécédents :

	PAI 1ère demande	Modifications éventuelles		
Date :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

## Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire:

Référents	Nom Prénom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement	Roch Isabelle	LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure		LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Infirmier(e)	Monnet- Lagrange Sylvie	LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		
Représentant du service de restauration		LEGTA de Figeac La Vinadie 46100 Figeac		

# COORDONNÉES DES PARTENAIRES QUI SUIVENT L'ÉLÈVE

## Médecins traitants, services hospitaliers :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Représentant du service de restauration :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Responsable des autres temps périscolaires :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

## Autres :

Nom :

Adresse administrative :

Code postal :  Ville :

Exemplaire reçu le :  Signature :

Le :

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

# BESOINS SPÉCIFIQUES

## **a) Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

## **b) Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, animaux, etc.)  
*Joindre le certificat d'inaptitude EPS*

Préciser :

## **c) Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe, Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

## **d) Aménagements à l'extérieur de l'établissement**

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

## **e) Restauration**

### **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue)**

- Non autorisé
- Panier repas seul autorisé
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration scolaire
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre    Préciser :

### **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

## **SOINS**

- Traitement quotidien sur le temps de présence
- Intervention d'un professionnel de santé extérieur à l'établissement
- Trousse d'urgence (contenu précisé)
- Mise en place d'un PAI : documents ci-dessous

## **ALLERGIE À**

## PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE - SIGNES D'APPEL

<u>Situations</u>	<u>Signes d'appel</u>	<u>Conduite à tenir</u>
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouge	
Conjonctivite, Rhinite	Yeux rouges, gonflés, éternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signes respiratoires	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, plainte de l'élève de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Tous rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Signature du médecin :

**Dès les premiers signes, prévenir les parents**  
**Appeler le SAMU (15 ou 112 sur le portable)**  
**Noter la date et l'heure des signes et des médicaments donnés**  
**Rester à côté de l'élève**

## MESURES A PRENDRE DANS L'ATTENTE DES SECOURS

- Garder son calme. Éviter les attroupements. Rassurer l'élève et l'entourage.
- Lui proposer de s'asseoir
- Desserrer les vêtements autour du cou et de la ceinture
- Proposer une relaxation en faisant faire des respirations lentes et profondes si possible

**Appeler le samu (15) :**

- devant toute crise qui dépasse 15 min
- Si inefficacité du traitement
- Si la personne se sent épuisée
- Si la personne se sent angoissée et a du mal à parler
- Si les lèvres deviennent bleues
- Si l'œdème augmente

## AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

<u>Besoins particuliers</u>	<u>Précisions- Mesures à prendre</u>
Aide durant la classe	
Transmissions des cours et des devoirs	
Aménagements des contrôles	
Proposition d'aménagement d'examens à la demande des responsables légaux	
Temps périscolaires	
Autre : synthèse du PAP	

*Se conformer au PAP ou PPRE. Prendre en compte les aménagements aux examens.*

L'élève doit mener autant que possible, une vie normale.

Le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet. Il en sera de même avec le CPE qui préviendra les assistants d'éducation.

### Les activités d'extérieur

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux.

### Internat

- Protection de matelas anti-acariens
- Oreiller, traversin, couette anti-acariens
- Poudre de traitement

### Autres aménagements (à détailler)

### **Traitement médical :**

- Le traitement est conservé à l'infirmierie, dans l'armoire à pharmacie.
- L'infirmière laissera en permanence la trousse de secours dans la chambre des assistants d'éducation.
- L'élève aura en permanence sur lui son traitement pour faire face à une crise éventuelle.
- L'élève prendra lui-même son traitement en suivant l'ordonnance.

### **Composition de la trousse d'urgence (déposée au lycée) renseignée par le médecin traitant ou spécialiste :**

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique :      | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes :           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Bronchodilatateur :     | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Adrénaline injectable : | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre :                 | <input type="text"/> |

Signature du médecin :

### **Activités physiques**

Veiller à ce que le professeur d'éducation physique soit au courant.

- |  |            |                      |
|--|------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Précautions à prendre | Préciser : | <input type="text"/> |
|--|------------|----------------------|

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

Faire suivre l'information.

## RÉFÉRENTS A CONTACTER : NUMÉROTÉ PAR ORDRE DE PRIORITÉ

<b>Responsable légal :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Prénom(s) : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> Tél. professionnel : <input type="text"/> Tél. du domicile : <input type="text"/>	<b>Centre hospitalier :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Service : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>
<b>Médecin traitant :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Cabinet : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>	<b>Autres :</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Médecin spécialiste :</b> <input type="text"/> Nom : <input type="text"/> Cabinet : <input type="text"/> Tél.: <input type="text"/>	<b>17 : Police</b> <b>18 : Pompiers</b> <b>15 : SAMU</b>

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.

### **Signataires du projet :**

Chef d'établissement :

Enseignant :

Médecin traitant :

Infirmier :

Parents (2) :