

RENOUVELLEMENT DE P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

Année scolaire 2019 – 2020

Enfant :

Né le :

Scolarisé :

Classe :

Je soussigné(e) docteur.....
déclare avoir pris connaissance du P.A.I établi pour l'enfant
.....
en 2018 – 2019.

Ce P.A.I peut être reconduit en l'état pour l'année scolaire
2019 – 2020, selon l'ordonnance médicale actualisée jointe.

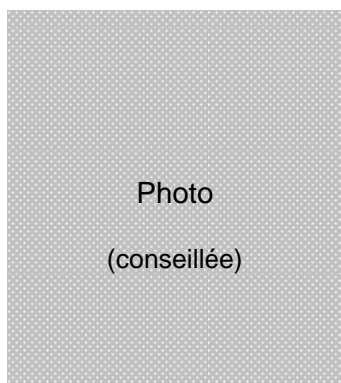
Fait à.....le.....

Tampon et signature du médecin traitant
ou du médecin spécialiste

Projet d'Accueil Individualisé

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)

ELEVE CONCERNE



Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Classe :	Sexe :

Année scolaire du 1^{er} PAI
PAI 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.

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 :
Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, cantine, temps périscolaire.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal et date :

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

Signatures du PAI et date :

Responsable établissement
ou directeur d'école

Enseignant de l'élève

Médecin éducation nationale

Si nécessaire,
Mme ou M. le Maire, (ou son représentant)

Chef d'Etablissement :

Etablissement :

Adresse de l'établissement :

.....

Tél :



Mairie de :

Médecin de l'éducation nationale, collaborateur médical du Projet d'Accueil Individualisé pour le temps placé sous la responsabilité de l'éducation nationale

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard 	15
Sur téléphone portable 	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Le médecin spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

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 :
 - Ecole :
 - Cantine :
 - 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 l'institution 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

<input type="checkbox"/> Horaires adaptés <input type="checkbox"/> Double jeu de livres <input type="checkbox"/> Salle au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur <input type="checkbox"/> Mobilier adapté <input type="checkbox"/> Eviter l'attente au restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Nécessité d'un régime alimentaire <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin <input type="checkbox"/> Autre	Préciser :
---	------------

Personnes présentes lors du PAI non signataires de la page de garde

NOM	FONCTION	SIGNATURE

Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

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

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Etablissement :

Classe :

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

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable), pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents

En cas de	Signes d'appel	Conduite à tenir (nom du médicament, dose, mode de prise et horaire)

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date :

signature et Cachet du Médecin

Remarques :

Projet d'Accueil Individualisé

Article D351-9 du Code de l'Éducation
Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Année scolaire : ____ / ____

Allergies à : _____

Insérer une photo récente	ELEVE NOM :	Prénom :
	Etablissement scolaire :	Classe :
	Date de naissance :	Adresse :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU dans l'ordre de priorité

Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable

PROTOCOLE D'URGENCE

Toute personne présente est habilitée à suivre les indications du protocole de soins d'urgence

SAMU : 15 ou **112 à l'étranger (Appel enregistré)**



Trousse étiquetée au nom de l'enfant et avec photo, accessible rapidement avec le PAI
Lieu de dépôt :

- ☛ Antihistaminique =
- ☛ Bronchodilatateur =
- ☛ Corticoïde =
- ☛ Adrénaline = ANAPEN , EIPEN, JEXT, EMERADE

Situations	Signes visibles	Mesures à prendre	ADRENALINE
Urticaire aiguë (boutons comme des piqûres d'ortie ou quelques plaques rouges et/ou Conjonctivite	Boutons ou démangeaisons Yeux rouges, gonflés Grattage de la gorge		<p>Si pas d'amélioration voire aggravation des signes = INJECTION ADRENALINE</p> <p>une injection d'adrénaline peut sauver une vie</p> <p>Elle ne représente aucun danger</p>
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement		
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements		
Gonflement (Œdème) sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps		
Gonflement (Œdème) avec signes respiratoires	Signes d'asphyxie, d'étouffement Toux rauque, voix modifiée		
Malaise perte de connaissance	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements, l'enfant "se sent mal", ne répond plus		

NOM – PRENOM de l'Elève :

Classe :

TRAITEMENT ET/OU AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE SCOLAIRE

1- BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

- **Accueil – organisation – cours** (exemple : attention particulière pour la manipulation de certains éléments) :
- **Pour les petits en maternelles (manipulations et goûters)**
- **Atelier préprofessionnel (ULIS-SEGPA)**
- **Conditions pour l'EPS**

- **Restauration** : ALLERGIE = Evictions alimentaires : (liste des aliments à éradiquer)



Vérifier l'accessibilité de la trousse d'urgence pendant le temps de restauration

- Restaurant scolaire non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Pour les goûters : goûters habituels autorisés
- aucune prise alimentaire autre que goûter fourni par la famille
- Autres :

⚠ Quand les temps de restauration et/ou les temps péri-scolaires sont placés sous la responsabilité d'un Maire ou d'associations, il est important que leurs représentants soient informés de la rédaction du PAI

2 - EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT :

- ⇒ faire suivre l'information de façon prioritaire, indiquer l'existence d'un PAI sur le cahier d'appel...
- ⇒ Affichage dans la classe (croix rouge indiquant le lieu de stockage)

3 - DEPLACEMENTS SCOLAIRES – CLASSES TRANSPLANTEES

- ⚠ Prendre la trousse d'urgence avec le double du PAI**
Toujours prendre un téléphone portable chargé pour pouvoir appeler les secours

Le cas échéant :

- 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 du déplacement à l'étranger et faire traduire le PAI

NOM – PRENOM de l'élève :

Classe :

Signatures du PAI

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. **Ils s'engagent à informer voire former dans la mesure du possible les personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.**

	Nom et prénom	Date et signature
Enseignant		
Professeur EPS		
Personnel de restauration		
Représentant de la mairie		
CPE		
Infirmier(ère) de l'Education nationale		
Elève concerné		
Médecin de l'Education nationale		
Responsable de l'établissement		

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 professionnel de santé : médecin et/ou infirmier(ère).

Nous, soussignés, père : ; mère ou représentant légal de l'enfant :

NOM : prénom demandons la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du médecin traitant :

Docteur Adresse : Téléphone :

Nous nous engageons :

- à fournir les médicaments,
- à vérifier la date de péremption et à les renouveler dès qu'ils sont périmés,
- à informer le professionnel de santé de l'Education nationale - médecin et/ou infirmier(ère) - en cas de changement de la prescription médicale.

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, lycée, cantine, temps périscolaire...

Nous demandons à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Nous autorisons la transmission de ce document au SAMU si nécessaire.

Date et signature des représentants légaux



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Projet d'Accueil Individualisé

Article D351-9 du Code de l'Éducation
Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003

Année scolaire : ____ / ____

Diabète insulino-dépendant

Insérer une photo récente	ELEVE NOM :	Prénom :
	Etablissement scolaire :	Classe :
	Date de naissance :	Adresse :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU dans l'ordre de priorité

Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable

PROTOCOLE D'URGENCE

Tout adulte présent est habilité à suivre les indications du protocole de soins d'urgence

SAMU : 15 ou 112 à l'étranger (Appel enregistré)

CONDUITE A TENIR

<p>HYPOGLYCEMIE : si glycémie < 59 mg / dl</p> <p>⇒ <u>Signes les plus fréquents</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pâleur, - sudation, - changement de comportement - autres : 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mettre au repos, sans déplacer l'élève 2. mesure de la glycémie (dextro) si possible 3. <u>re-sucrer selon les modalités suivantes</u> : 4. prévenir la famille si besoin 5. mesure de la glycémie 30 minutes après la prise alimentaire
<p>⇒ <u>Signes majeurs</u> : Perte de connaissance (le re-sucrage par la bouche est Impossible)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. faire le 15 en spécifiant que l'enfant est diabétique et la détention de GLUCAGEN stocké : 2. suivre les recommandations du Médecin régulateur 3. mesure de la glycémie (dextro) si possible 4. <i>prévenir la famille</i> 5. <i>re-sucrage après reprise de connaissance</i> <p>⚠ Si pompe à insuline : arrêt de la pompe (voir CAT en annexe selon modèle)</p>
<p>HYPERGLYCEMIE si glycémie > 300 mg / dl</p> <p>⇒ <u>Signes les plus fréquents</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agitation - envie d'uriner - soif inhabituelle 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Informer la famille Mesure de la glycémie (dextro) si possible 2- Hydrater 3- repos sportif



Tout changement de comportement de l'enfant doit conduire à une mesure de la glycémie si possible

Composition de la trousse d'urgence (avec photode l'enfant) :

Lieu de stockage précis : (si possible, mettre une **croix rouge** en scotch sur le lieu de rangement de la trousse d'urgence) :

NOM – PRENOM de l'Elève :

Classe :

TRAITEMENT ET/OU AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE SCOLAIRE

1- BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

L'élève doit avoir en permanence sa trousse avec : sucres, biscuits, appareil à dextro, insuline.

➤ **Accueil – organisation – cours**

- laisser boire l'élève en classe et sortir s'il a besoin d'uriner
- l'élève doit pouvoir contrôler sa glycémie en classe et consommer une collation si nécessaire (horaires de contrôle de

la glycémie)

➤ **SI BESOIN : Collation**


- horaire de la collation du matin :
- horaire de la collation de l'après-midi :

➤ **Restauration :**

- information sur les menus donnée à la famille
- l'élève est prioritaire pour l'accès au restaurant scolaire avec accompagnement par un camarade
- en cas de trajet entre l'école et le restaurant scolaire, informer la personne qui accompagne le déplacement

Quand les temps de restauration et/ou les temps périscolaires sont placés sous la responsabilité d'un Maire ou d'associations, il est important que leurs représentants soient informés de la rédaction du PAI.


2 – ENSEIGNEMENT DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

- informer la famille du programme des activités prévues afin d'adapter la quantité d'insuline ou les apports alimentaires à l'effort prévu
- mesurer la glycémie (dextro) : avant l'activité
 pendant l'activité
 après l'activité
- activité piscine :
 - autorisée avec 1° - contrôle de la glycémie avant et après et surveillance particulière
 avoir à portée de main, des morceaux de sucre ou autre produit sucré
 - Non autorisée

3 - EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT :

⇒ Faire suivre l'information de façon prioritaire, indiquer l'existence d'un PAI sur le cahier d'appel, etc.

4 - DEPLACEMENTS SCOLAIRES – CLASSES TRANSPLANTEES

-  **Prendre la trousse d'urgence avec le double du PAI**
Toujours prendre un téléphone portable chargé pour pouvoir appeler les secours

Le cas échéant :

- 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 du déplacement à l'étranger et faire traduire le PAI

NOM – PRENOM de l'élève :

Classe :

Signatures du PAI

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. **Ils s'engagent à informer voire former dans la mesure du possible les personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.**

	Nom et prénom	Date et signature
Enseignant		
Professeur EPS		
Personnel de restauration		
Représentant de la mairie		
CPE		
Infirmier(ère) de l'Education nationale		
Elève concerné		
Médecin de l'Education nationale		
Responsable de l'établissement		

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 professionnel de santé : médecin et/ou infirmier(ère).

Nous, soussignés, père : ; mère ou représentant légal de l'enfant :

NOM : prénom demandons la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du médecin traitant :

Docteur Adresse : Téléphone :

Nous nous engageons :

- à fournir les médicaments,
- à vérifier la date de péremption et à les renouveler dès qu'ils sont périmés,
- à informer le professionnel de santé de l'Education nationale - médecin et/ou infirmier(ère) - en cas de changement de la prescription médicale.

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, lycée, cantine, temps périscolaire...

Nous demandons à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Nous autorisons la transmission de ce document au SAMU si nécessaire.

Date et signature des représentants légaux



RÉGION ACADÉMIQUE
NORMANDIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Projet d'Accueil Individualisé

Article D351-9 du Code de l'Éducation
Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003

Année scolaire : ____ / ____

PAI épilepsie

<u>Insérer une photo récente</u>	<u>ELEVE</u>	
	NOM :	Prénom :
	Etablissement scolaire :	Classe :
	Date de naissance :	Adresse :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE – HORS SAMU dans l'ordre de priorité

Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable
Nom Prénom :	Qualité :	tél. travail	tél. dom.	Portable

PROTOCOLE D'URGENCE

Tout adulte présent est habilité à suivre les indications du protocole de soins d'urgence

SAMU : 15 ou 112 à l'étranger

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
<p>➔ <u>ABSENCES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ perte brève de conscience ➤ regard vague ou fixe ➤ ne répond pas aux questions 	<p>Le signaler à la famille</p>
<p>➔ <u>CRISE CONVULSIVE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ perte de connaissance ➤ mouvements anormaux ➤ respiration bruyante, cyanose (coloration bleue) ➤ révulsion oculaire (les yeux de l'élève deviennent blancs) ➤ salivation abondante ➤ éventuelle perte d'urine ou morsure de la langue ➤ phase de confusion post-critique (après la crise) 	<p>1°) allonger l'élève par terre pour éviter qu'il ne se blesse au cours d'une chute</p> <p>2°) protéger la tête (coussin)</p> <p>3°) noter l'heure de début de la crise</p> <p>4°) laisser la crise se dérouler sans l'entraver et ne rien introduire dans la bouche</p> <p>5°) Appel du SAMU (15)</p> <p>6°) si la crise est d'une durée supérieure à minutes : administrer le BUCCOLAM à l'aide de la "seringue", entre la joue et la gencive (cf. dessin)</p> <p>7°) prévenir la famille</p> <p>8°) rassurer l'élève au sortir de la crise, le couvrir et attendre la récupération en le mettant en position latérale de sécurité</p> <p>9°) Autre :</p>

Toujours appeler le SAMU (15) devant toute crise qui persiste ou qui récidive ou/et si l'élève s'est blessé durant la crise.

Composition de la trousse d'urgence (avec photode l'élève) :

Lieu de stockage précis :(si possible, mettre une **croix rouge** en scotch sur le lieu de rangement de la trousse d'urgence) :

NOM – PRENOM de l'Elève :

Classe :

TRAITEMENT ET/OU AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE SCOLAIRE

1- BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

- **Accueil – organisation – cours** (exemple : attention particulière pour la manipulation de certains éléments) :

2 – ENSEIGNEMENT DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE


La pratique du sport est conseillée mais quelques précautions sont à prendre :

- sport en hauteur sous surveillance rapprochée
- escalade possible avec corde d'assurance
- pas de baignade dans le cadre scolaire sans surveillance individuelle et constante possible, pas de plongée ni d'apnée
- ne pas demander à cet élève d'assurer la parade pour ses camarades

3 - EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT :

- ⇒ Faire suivre l'information de façon prioritaire, indiquer l'existence d'un PAI sur le cahier d'appel.....

4 - DEPLACEMENTS SCOLAIRES – CLASSES TRANSPLANTEES

-  **Prendre la trousse d'urgence avec le double du PAI**
Toujours prendre un téléphone portable chargé pour pouvoir appeler les secours

Le cas échéant :

- 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 du déplacement à l'étranger et faire traduire le PAI

NOM – PRENOM de l'élève :

Classe :

Signatures du PAI

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. **Ils s'engagent à informer voire former dans la mesure du possible les personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.**

	Nom et prénom	Date et signature
Enseignant		
Professeur EPS		
Personnel de restauration		
Représentant de la mairie		
CPE		
Infirmier(ère) de l'Education nationale		
Elève concerné		
Médecin de l'Education nationale		
Responsable de l'établissement		

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 professionnel de santé : médecin et/ou infirmier(ère).

Nous, soussignés, père : ; mère ou représentant légal de l'enfant :

NOM : prénom demandons la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du médecin traitant :
Docteur Adresse : Téléphone :

Nous nous engageons :

- à fournir les médicaments,
- à vérifier la date de péremption et à les renouveler dès qu'ils sont périmés,
- à informer le professionnel de santé de l'Education nationale - médecin et/ou infirmier(ère) - en cas de changement de la prescription médicale.

Nous autorisons que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de notre enfant dans l'établissement d'accueil : école, collège, lycée, cantine, temps périscolaire...

Nous demandons à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Nous autorisons la transmission de ce document au SAMU si nécessaire.

Date et signature des représentants légaux