

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► A

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 :  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 :
- Enseignant ou professeur principal :
- 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 :
-
-

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'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois. Toutefois, lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise 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.

| Date : | SIGNATAIRES (nom – signature) | |
|---|--|------------------------------------|
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignant ou professeur principal |
| 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 dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

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