

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

### ALLERGIE ALIMENTAIRE

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)  
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 ((BO Spécial n° 9 du 28/06/2001

Année scolaire du 1<sup>er</sup> PAI :

PAI reconduit pour l'année scolaire :

Le PAI doit être rempli par l'allergologue chaque début d'année scolaire

<b>PHOTO</b>	<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
	<b>Adresse :</b>	
	<b>Date de naissance :</b>	<b>Age :</b>
	<b>Classe</b>	<b>Sexe</b>

Année scolaire du 1<sup>er</sup>PAI :

PAI reconduit pour l'année scolaire :

Le PAI doit être rempli **impérativement** par un **ALLERGOLOGUE** chaque début d'année scolaire

**ALLERGIE A :** .....

.....

.....

.....

**ALLERGIE DE CONTACT : OUI  NON**

*La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de trouble de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet une meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité 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 transmettre qu'à un médecin*

Je soussigné.....

Mère, père, 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.....  
Tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, 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 :

Etablissement : **COLLÈGE PETIT MANOIR**.....Année Scolaire : 202.../202 .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement : .....

Tél. : .....

Mairie de : **COMMUNE DU LAMENTIN** .....

**Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution,  
Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé**

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau : Portable :

**PERSONNES A PREVENIR**

**Les urgences**

<b>Sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>Sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

**Les parents ou représentants légaux**

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

**Le médecin qui suit l'enfant**

Nom	
Adresse	
Téléphones	

**L'allergologue qui suit l'enfant**

Nom	
Adresse	
Téléphones	



**PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE de l'enfant :**

Date de naissance :

Poids :

Localisation de la trousse d'urgence

Coordonnées des parents Mère: Mme

06 96

Père: M.

06 96

ALLERGIE A :

CONTACT CUTANE AUTORISE

 OUI NON

Signes cliniques	Conduite à tenir
<b>Mineurs</b> : Nécessitent une surveillance attentive, un traitement	<b>Appeler les parents</b> <b>Surveiller l'enfant</b> <b>Donner le traitement :</b>
<b>Urticaire</b> : plaques rouges, démangeaison localisée Ou <b>Conjonctivite</b> : yeux rouges, gonflés, larmoiement Ou <b>Rhinite</b> : nez qui coule, bouché, éternuement	Antihistaminique :
<b>Œdème sans gêne respiratoire</b> : Gonflement des paupières, des lèvres, du visage	Antihistaminique : + Corticoïde :
<b>Sévères</b> : Nécessitent une intervention urgente	<b>Appeler le SAMU (15 ou 112)</b> <b>Faire chercher la trousse d'urgence</b> <b>Donner le traitement sans attendre :</b>
<b>Troubles digestifs</b> : maux de ventre, vomissements	Antihistaminique : + Corticoïde :
<b>Crise d'asthme</b> : toux sèche, gêne respiratoire, sifflement	<b>Bronchodilatateur</b> : <b>2 bouffées, à répéter toutes les 5mn</b> <b>dans chambre d'inhalation</b>
<b>Etouffement</b> : toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie	<b>STYLO ADRENALINE</b> : Une dose à la face latérale de la cuisse
<b>Urticaire étendue + gonflement du visage + asthme</b>	<b>Si pas d'amélioration au bout de 10 à 15 mns</b> : une 2 <sup>ème</sup> dose est parfois nécessaire (après avis du SAMU) <b>Surélever les jambes en attendant les secours</b>
<b>Maux de ventre + vomissements + asthme</b>	
<b>Urticaire étendue + gonflement du visage + maux de ventre + vomissements</b>	
<b>Malaise grave</b> : choc anaphylactique	

Date	Signature et cachet de l'allergologue :
------	---

## SIGNATURES DES PARTIES PRENANTES

	<b>NOM    Prénom</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>
Les Parents			
L'Allergologue			
Le Directeur d'école Ou Chef d'Etablissement			
Le Médecin scolaire			
L'Infirmière scolaire	Dayana DUVAL-VIOLTON		
L'élú délégué aux affaires scolaires			
Le responsable du service municipal			
Le responsable du prestataire			