

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE  
POUR ENFANT ASTHMATIQUE**  
CIRCULAIRES : BO N° 34 DU 18/9/3 ET BO HS N° 1 DU 6/1/00

**ANNEE SCOLAIRE 20 - 20**

*PREMIER PAI*

*RENOUVELLEMENT*

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :***

NOM DE L'ELEVE : ..... **Prénom** .....

Date de naissance : .....

Etablissement scolaire : ... COLLÈGE PETIT-MANOIR..... Classe : .....

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :**

Adresse : .....

**TELEPHONES** en cas d'urgence (à maintenir actualisés) :

.....  
.....

**DEMANDE DES PARENTS :**

**Je soussigné.....père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements ci-dessous fournis par mon médecin traitant le Dr..... J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.**

**Date :**

**Signature du représentant légal :**

***SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES***

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève.

**Localisation de la trousse d'urgence (à emporter en cas de sortie scolaire et en cas d'évacuation)**

Doit être accessible pendant les temps scolaires et périscolaires.

<b><i>FONCTION</i></b>	<b><i>NOM</i></b>	<b><i>SIGNATURE</i></b>	<b><i>DATE</i></b>
Chef d'établissement Directeur d'école			
Médecin scolaire			
Professeur principal Enseignant			
Infirmière scolaire	Dayana DUVAL-VIOLTON		
Représentant de la municipalité			
Autre : Responsable du temps Périscolaire			

**A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**1. L'ELEVE PRESENTE T'IL DES ALLERGIES ?**

Poils ou plumes d'animaux : oui non Poussière, acariens : oui non

Autres\* : Blattes oui non

**\*En cas d'allergie alimentaire grave, nécessitant notamment une adaptation du repas à la cantine et/ou un traitement spécifique, un formulaire de PAI plus détaillé doit être utilisé.**

**2. TRAITEMENT EN CAS DE CRISE**

**En cas de sifflement dans la poitrine, de gêne respiratoire ou de toux intense :**

1. Rester calme, rassurer l'enfant, l'installer à l'écart du groupe au calme, le laisser assis; ne pas le laisser seul.

2. Appeler ses parents / Faire chercher sa trousse d'urgence.

3. Administrer le traitement sans délai : **(joindre l'ordonnance au PAI)**

Ventoline ou Ventodisk ou Aïromir ou Bricanyl ou autre produit : 1 ou 2 bouffées (préciser)

Dans une chambre d'inhalation : Babyhaler ou Volumic ou Aerochamber ou autre dispositif :

Laisser respirer l'enfant une dizaine de fois dans la chambre

4. En cas d'échec de traitement de la crise :

Si au bout de 10 minutes l'enfant ne va pas mieux, voire s'aggrave :

Redonner le même traitement et appeler le SAMU par le 15 (ou 112 sur le portable)

**Appeler d'emblée le SAMU si :**

- L'enfant est paniqué, agité
- Si l'enfant a beaucoup de mal à parler
- S'il est épuisé ou apathique
- Si ses lèvres sont bleues ou qu'il présente des sueurs

**3. CONDITIONS PARTICULIERES POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

**Inaptitude :**

Totale

Partielle

\*L'élève doit avoir son traitement d'urgence à proximité.

\*Echauffement progressif : arrêt de l'effort si toux ou forte gêne respiratoire.

\*Traitement à prendre 30 minutes avant le sport :  oui

non

Nom du médicament :

posologie :

Si l'indice atmosphérique est supérieur ou égal à 7, contre indication aux activités sportives.

Privilégier les activités calmes.

DATE	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT