

PERSONNES SIGNATAIRES DU PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Le chef d'Etablissement scolaire
ou le Responsable de l'Institution

Les Parents ou responsables
légaux de l'élève

Le Médecin de l'Education Nationale

Le Médecin Traitant

Le Médecin de P.M.I

Les services de soins

L'Infirmière scolaire

Enseignants et personnels en charge de
l'application du protocole d'intervention

Le représentant de la municipalité

Le responsable du service de restauration

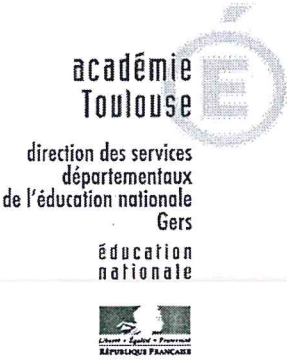
L'enfant ou l'adolescent

Le responsable des services péri-scolaires

DATE de mise en œuvre du Protocole d'Accueil Individualisé :

Renouvellement :

DOCUMENTS INTERCALES : Prise en charge complémentaires, suivi de scolarisation à domicile,
régime alimentaire.



PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

A RETOURNER AU :
Centre de Médecine Scoiaire
23 rue Rouget de Lisle
32000 AUCH
Tél. 05 62 05 09 55

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNE

NOM, PRENOM : Classe :

Né (e) le :

Nom de l'établissement scolaire :

Adresse :

Téléphone :

Horaires de présence à l'école : matinaprès-midi.....

Restauration scolaire : ☐ oui☐ non

Présence périscolaire : garderie, CLAE, études ☐ oui☐ non

Les responsables de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence

NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Qualité :	Qualité :
Adresse :	Adresse :
.....	
tél domicile :	tél domicile :
tél professionnel :	tél professionnel :

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 leur enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période, afin que la collectivité d'accueil puisse intervenir en cas d'urgence et lui permettre de suivre son traitement et/ou son régime.

Je soussigné(e) père, mère, tuteur certifie que mon enfant souffre de.....

Et demande pour lui 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 scolaire : école, cantine, temps périscolaire.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature :

NOM DU MEDECIN TRAITANT
OU SPECIALISTE

téléphone :

PROTOCOLE D'INTERVENTION

(établi par le Médecin Traitant à l'attention du Médecin de l'Education Nationale)

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
Mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive, un traitement.	Noter l'heure Prévenir les parents
Sévères : nécessitant des mesures à prendre en urgence.	Appeler le S A M U: 15 ou 112

❖ Si nécessité d'appeler les services d'urgence : 15 ou 112

- Demander le Médecin Régulateur qui apportera aide et conseil
- Signaler la raison du **PAI**
- Donner des réponses brèves et précises aux questions posées,
- Ne pas raccrocher avant que le Médecin Régulateur ne vous le dise.

MEDICAMENTS à disposition dans L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Lieu de rangement : accessible aux adultes en charge de l'enfant sur tout le temps de présence de l'enfant à l'école

NOM	POSOLOGIE	Mode de prise	Personnel chargé d'administrer le traitement

Joindre l'ordonnance correspondant aux prescriptions médicales

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

- ☐ Horaires adaptés
- ☐ Double jeux de livres
- ☐ Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- ☐ Mobilier adapté
- ☐ Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- ☐ Aménagement des sanitaires
- ☐ Attente à éviter au restaurant scolaire
- ☐ Nécessité d'un régime alimentaire
- ☐ Nécessité d'un local (pour le repos, les soins, la kinésithérapie, la réserve d'oxygène . . .)
- ☐ Classe transplantée, sortie scolaire, déplacements : faire suivre le PAI, le traitement, se renseigner sur les services de soins de proximité, les modalités d'accueil, de transport, de restauration si nécessaire . . .
- ☐ Demande d'aménagement pour les examens
- ☐ Nécessité de mise en place d'une assistance pédagogique à domicile
- ☐ Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaire

PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE, sur le temps scolaire

(Préciser les modalités : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours)

Intervention para médicale (kinésithérapeute, orthophoniste, personnel soignant . . .)

Aménagement Pédagogique (Soutien scolaire, PPRE, Assistance pédagogique à domicile . . .)

- ☐ **Aménagement de l'éducation physique et sportive** : selon l'avis du médecin qui suit l'enfant
Dispense totale ou partielle

REGIME ALIMENTAIRE selon la prescription médicale (joindre le régime détaillé)

- ☐ Paniers repas
- ☐ Suppléments caloriques (fournis par la famille)
- ☐ Collations supplémentaires (fournis par la famille) – horaires à préciser
- ☐ Possibilités de se réhydrater en classe
- ☐ Autre : (à préciser)