

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

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 collectivité territoriale :

RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Parents ou responsables légaux
- SAMU 15 / 112**
- Médecin ou service hospitalier :
- Autre :
.....
.....

PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

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.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE ET CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Buccolam (midazolam) mg : Traitement à donner à l'école si convulsion de durée supérieure à **5 minutes**.

Modalité d'administration :

Administrer le contenu d'une seringue pré-remplie de Buccolam (midazolam) dans l'espace entre la joue et la gencive.

Si persistance de la crise après administration du Buccolam, ne pas administrer une seconde dose sans avis du SAMU

Autres :

SIGNES D'APPEL

PERTE DE CONNAISSANCE BRUTALE

CHUTE SPONTANÉE

MOUVEMENTS ANORMAUX

ABSENCE : BRÈVE PÉRIODE DE NON RÉCEPTIVITÉ

AUTRES :

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- Rester calme et faire évacuer les autres élèves
- Noter l'heure de début de la crise
- Ne pas déplacer l'enfant sauf s'il court un danger là où il se trouve (blessure, noyade, brûlure...)
- Si l'enfant est assis à son bureau, l'allonger par terre ; mettre un coussin ou un vêtement plié sous sa tête
- Écarter tout objet susceptible de le blesser
- Quand les mouvements ont cessé, desserrer ses vêtements, le mettre sur le côté, le couvrir.
- Ne rien lui donner à boire ni à manger.
- Noter l'heure de fin de crise
- Appeler le SAMU 15 :
 - devant toute crise qui dépasse 3 minutes,
 - devant toute crise qui récidive,
 - si l'élève s'est blessé
- **Dans tous les cas avertir les parents de la crise**

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À L'ÉLÈVE

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ÉLÈVE

- Autorisation d'absences ou de retards liés à la maladie
- Permettre à l'élève de s'hydrater en classe
- Assurer le suivi scolaire en cas d'absences liées aux hospitalisations répétées ou maintient à domicile
- Soutien scolaire en cas d'absence > 15 jours : contacter le SAPAD : 0594 387235
- 1/3 temps majoré aux épreuves
- S'assurer que l'élève a compris les consignes et a pris note
- Donner les photocopies des cours
- Autres besoins :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AMÉNAGEMENTS À L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

- **Peut-il pratiquer toutes les activités sportives ?** OUI NON

Si non, lesquelles sont à proscrire ou à adapter (en particulier natation, escalade et activités en hauteur) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

APTITUDE PROFESSIONNELLE

- **Peut-il participer aux travaux d'atelier ?** OUI NON

Si oui, dans quelles conditions ?

.....

.....

.....

- **Peut-il travailler sur machines dangereuses ou en élévation ?** OUI NON

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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)	Infirmier(e) scolaire (nom et signature)	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 :	
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)	Infirmier(e) scolaire (nom et signature)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :	
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)	Infirmier(e) scolaire (nom et signature)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :	
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)	Infirmier(e) scolaire (nom et signature)	Autres intervenants