



Lettre explicative de la mise en œuvre du Projet d'Accueil Individualisé

Nom, prénom élève :

Madame, Monsieur,

Pour faciliter l'accueil des élèves ayant une allergie alimentaire ou autre, une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète évoluant sur une longue période, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) peut être mis en place. Celui-ci permettra à l'élève de suivre une scolarité normale tout en bénéficiant de son traitement ou d'un régime alimentaire particulier.

Le P.A.I est élaboré à la demande de la famille et/ou du chef d'établissement avec l'accord de la famille. Il a pour but de faciliter l'accueil de l'élève mais ne saurait se substituer à la responsabilité des représentants légaux.

Il s'agit d'un document écrit qui répertorie, pour les élèves, les traitements et/ou les régimes médicaux. Au besoin, il précise les aménagements de la scolarité en lien avec l'état de santé (exemple : un contrôle régulier de la glycémie). Enfin, il peut comporter un protocole d'urgence qui est joint dans son intégralité au P.A.I. Les conduites à tenir sont précisés dans l'ordonnance signée par le médecin qui suit l'adolescent pour sa pathologie (médecin traitant, allergologue...).

Le P.A.I peut être revu et adapté en cas d'évolution de la pathologie. Il est réévalué chaque année par le médecin qui suit votre enfant.

Quelques affections de référence : (Cette liste indicative n'est pas limitative)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Affection métabolique héréditaire• Affection osseuse• Affection respiratoire chronique• Allergie• Anaphylaxie non alimentaire• Arthrite chronique juvénile• Asthme• Cancer• Cardiopathie• Diabète• Saturnisme• Syndrome d'immunodéficience acquise• Transplantation d'organe | <ul style="list-style-type: none">• Drépanocytose• Épilepsie• Greffe de moelle et autre greffe• Hémophilie• Insuffisance rénale• Intolérance alimentaire• Leucémie• Maladie de Crohn• Maladies inflammatoires du tube digestif• Mucoviscidose• Myopathie et autres maladies dégénératives |
|--|---|



Vous trouverez ci-joint le formulaire P.A.I et la conduite à tenir en fonction de la pathologie de votre enfant :

- P.A.I allergie (annexe 1)
- P.A.I asthme (annexe 2)
- P.A.I diabète (annexe 3)
- P.A.I épilepsie (annexe 4)
- P.A.I autre pathologie (annexe 5)

Pour la mise en œuvre d'un P.A.I au lycée militaire seulement les formulaire ci-joint seront acceptés. En effet, ils sont connus de tous et cela permet d'éviter toutes erreurs en cas d'urgence.

1) Explications pour la mise en œuvre d'un P.A.I au lycée militaire de Saint Cyr l'Ecole :

Aucun P.A.I ne sera instauré par le médecin du lycée militaire.

Pendant ces vacances d'été, prenez rendez-vous avec le médecin traitant ou spécialiste que suit votre enfant (exemple : allergologue). Lors de ce rendez-vous, munissez-vous du formulaire P.A.I ainsi que de l'annexe qui correspond à la pathologie de votre enfant (allergie, asthme...). Remplissez au préalable les informations concernant votre enfant.

Le médecin de votre enfant doit quant à lui remplir la partie « conduite à tenir en cas d'urgence » (l'annexe). Il doit impérativement le **tamponner, dater et signer** les documents.

De plus, il doit vous fournir une ordonnance pour la délivrance des médicaments. Il est important de lui dire qu'il y aura besoin de **deux dotations**.

a) Trousses d'urgences et gestion des péremptions :

- En effet, l'élève devra avoir tout le temps sur lui (cartable) une « **Trousse d'urgence personnelle** » : fournie et étiquetée par les parents. Elle devra être emportée lors des déplacements de l'élève (cartable, sac de sport et en cas de sortie scolaire).
Elle doit contenir :

- ✓ Les médicaments nécessaires à son traitement non périmés (quotidiens et/ou en cas d'urgence),
- ✓ Une photocopie du P.A.I et de la « **conduite à tenir en cas d'urgence** »,
- ✓ Une photocopie de l'ordonnance,

- Une deuxième trousse (enveloppe) « **Trousse d'urgence de secours** »: fournie et étiquetée par les parents. Elle sera confiée à l'antenne médicale. Elle servira en cas d'urgence en heures ouvrables. Nous demandons cette deuxième trousse, car en cas d'urgence, l'expérience nous a montré que peu d'élèves ont sur eux les médicaments.
Elle devra contenir les mêmes éléments que la « trousse d'urgence personnelle ».

Il est de la responsabilité des parents, de vérifier les dates de péremption de tous les médicaments confiés et d'en assurer le renouvellement.



Nous vous conseillons de vous organiser avec la pharmacie, en début d'année, pour percevoir des médicaments dont la date de péremption couvre l'année scolaire mais également que les deux trousse aient les mêmes dates de péremption pour vous faciliter le suivi.

En ce qui concerne la « trousse d'urgence de secours » confiée à l'antenne médicale : les péremptions seront contrôlées mensuellement par une infirmière. Dans la mesure du possible 1 mois avant la date de péremption un email vous sera envoyé pour vous en informer afin que vous puissiez assurer le renouvellement des médicaments. L'élève devra alors nous apporter à l'antenne médicale les nouveaux traitements.

Attention : un seul mail de relance sera envoyé. Si vous ne renouvelez pas les médicaments, il en est de **votre responsabilité.**

Les représentants légaux s'engagent à informer l'antenne médicale en cas de modification de la prescription médicale et/ou de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire.

b) Transmission du P.A.I au lycée et à l'antenne médicale :

Votre enfant devra transmettre à la CPE (conseiller principal d'éducation) **la première semaine de la rentrée,** les papiers concernant le P.A.I pour signature des différents intervenants (CPE, CDU, CDS, proviseur, professeur principal).

Une fois les documents transmis et signés, l'élève devra venir à l'antenne médicale les déposer ainsi que la **trousse d'urgence de secours.**

Aucun P.A.I ne sera pris en compte par l'antenne médicale sans :

- La **trousse d'urgence de secours** avec les médicaments non périmés.
- Le P.A.I rempli et signé avec la « conduite à tenir en cas d'urgence ».
- L'ordonnance des médicaments.
- Lettre explicative de la mise en œuvre du PAI signé par les représentants légaux et l'élève.

Nous restons à votre disposition pour plus de renseignements : 01.30.85.88.87

Fait le

A

Date et signature de l'élève
(Obligatoire *)

Fait le

A

Date et signature des représentants légaux
(Obligatoire *)



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
(Cirulaire n°2003-135 du 08-09-2003)

ANNEE SCOLAIRE 20 - 20

PAI à la demande de Monsieur et Madame:
(Représentants légaux, tuteurs)

Nom, prénom **élève** :
Date de naissance :
Classe : Compagnie :
Allergie à :

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom, prénom		
Téléphones - Portable - Domicile - Professionnel	- - -	- - -
Mail		
Adresse		

Je soussigné..... (Père, mère, responsable légal)
certifie que mon enfant souffre d'une pathologie médicale chronique ou d'allergie pour laquelle je demande
la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé** à partir de la prescription du
Dr.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels ayant en charge mon enfant au lycée
militaire de Saint Cyr l'École et lève donc le secret médical concernant sa pathologie. Je demande à ces
personnels de pratiquer les gestes d'urgence et d'administrer les traitements prévus dans ce document.



AMENAGEMENTS PARTICULIERS

- **Traitement médical** oui non
en application de l'ordonnance du médecin traitant à joindre à ce document.
- **Protocole d'intervention en cas d'URGENCE** oui non
détaillé sur la page intitulé « conduite à tenir en cas d'urgence ».
- **Aménagement du régime alimentaire :** oui non
Éviction de :
- **Aménagements spécifiques :**
 - Lors de l'Éducation Physique et Sportive :
 - Lors de la vie en internat (ex : couette et oreiller personnel pour motif médical...) :
 - Lors des déplacements et sorties à l'extérieur du lycée (visite de musée, spectacle, voyage de classe...) **l'élève doit se munir de sa trousse d'urgence personnelle.**

TROUSSES D'URGENCE

- **Trousse d'urgence personnelle :**

L'élève aura en sa possession, fournie et étiquetée par les parents une « trousse d'urgence personnelle ». Elle doit contenir les médicaments nécessaires à son traitement (quotidien et/ou en cas d'urgence), un double du PAI (ce document), le protocole d'urgence, la lettre explicative signée et l'ordonnance.

Elle devra être emportée lors des déplacements de l'élève (cartable, sac de sport et en cas de sortie scolaire).

- **Trousse d'urgence de secours :**

Les parents fourniront une seconde « trousse d'urgence de secours » qui sera confiée à l'antenne médicale. Elle contiendra les mêmes éléments que la trousse d'urgence personnelle. Afin d'assurer le renouvellement de cette trousse, un email vous sera envoyé 1 mois avant la date de péremption du ou des médicaments.

- **Responsabilités des parents :**

Il est de la responsabilité des parents, de vérifier les dates de péremption de tous les médicaments confiés et d'en assurer le renouvellement.

Nous vous conseillons de vous organiser avec la pharmacie, en début d'année, pour percevoir des médicaments dont la date de péremption couvre l'année scolaire mais également que les deux trousse aient les mêmes dates de péremption pour vous faciliter le suivi.

Les parents s'engagent à informer l'antenne médicale en cas de modification de la prescription médicale au cours de l'année scolaire.



SIGNATURES DES PARTIES PRENANTES

	Nom	Date	Signatures
<u>Responsables légaux :</u>			
<u>L'élève :</u>			
<u>CDU :</u>			
<u>CDS :</u>			
<u>Proviseur :</u>			
<u>Professeur principal :</u>			
<u>CPE :</u>			



Annexe 1

CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

ALLERGIE

(A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Nom, prénom élève :

Date de naissance :

Classe :

Compagnie :

Allergie à :

CONDUITE A TENIR :

Heures ouvrables : appel téléphone d'urgence antenne médicale : **06.81.20.60.94**

Heures non ouvrables : **appel du 15**

PRESCRIPTION MÉDICALE :

SYMPTOMES VISIBLES	CONDUITE A TENIR
<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • •
<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • •
<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • •
<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • •

Noter la date, l'heure des signes et le nom des médicaments donnés. **Restez à côté de l'élève.**
Dans tous les cas, informer les parents.

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :



Annexe 2

CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

ASTHME

(A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Nom, prénom élève :

Date de naissance :

Classe :

Compagnie :

CONDUITE A TENIR :

Heures ouvrables : appel téléphone d'urgence antenne médicale : **06.81.20.60.94**

Heures non ouvrables : **appel du 15**

PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

SYMPTOMES VISIBLES	CONDUITE A TENIR
<p><u>PREMIERS SIGNES NÉCESSITANT UN TRAITEMENT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement avec sifflement • Toux • Difficulté à respirer • (+/- angoisse) 	<p>Isoler l'élève au calme en position demi-assise, le rassurer et desserrer ses vêtements, l'aider à souffler calmement, rester près de lui. Ne pas le déplacer.</p> <p>Noter l'heure :H.....</p> <p>Agiter l'aérosol de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Faire expirer longuement, 2) Introduire l'embout dans la bouche, 3) Commencer une inspiration lente et profonde par la bouche, 4) Appuyer sur l'aérosol tout en continuant d'inspirer. <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



SI PAS D'AMELIORATION :

Mêmes symptômes qui ne cèdent pas avec le traitement et apparition de :

- Difficulté à parler
- Thorax bloqué en inspiration avec les épaules surélevées
- Lèvres violacées/bleutées
- Agitation

Attendre minutes et renouveler ce traitement si pas d'amélioration.

Maximum..... bouffée(s)

.....
.....
.....
.....
.....

Noter la date, l'heure des signes et le nom des médicaments donnés. **Restez à côté de l'élève.**
Dans tous les cas, informer les parents.

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :



Annexe 3

CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE DIABETE (A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Nom, prénom élève :	
Date de naissance :	
Classe :	Compagnie :

CONDUITE A TENIR :

Heures ouvrables : appel téléphone d'urgence antenne médicale : 06.81.20.60.94

Heures non ouvrables : appel du 15

PRESCRIPTION MÉDICALE :

SYMPTOMES VISIBLES	CONDUITE A TENIR
<p><u>Malaise Hypoglycémique bénin :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Pâleur, sueurs, tremblement des mains• Trouble de l'attention, somnolence ou incapacité de réagir, irritabilité, agressivité• Fatigue, faim• Sensation de malaise, jambes molles, fatigue musculaire intense• Céphalées, nausées• Signes propres à l'enfant :	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser toute prise en charge rapide par l'élève• Ne pas négliger ces signes (+++)• Autoriser l'enfant à faire son dextro sur place, si besoin avec l'aide d'un adulte• Ne pas l'envoyer à l'infirmierie mais• Immédiatement sur place donner : morceaux de sucre ou ml de jus de fruit (selon la prescription médicale)• Cinq minutes après prendre : de pain ou gâteaux secs• Redonner du sucre si pas de nette amélioration en 5 a 10 minutes•



<p><u>SI PAS D'AMELIORATION ET</u> <u>APPARITION DE SIGNE DE GRAVITE</u> <u>(MALAISE SEVERE) :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Troubles du comportement avec refus d'alimentation• Troubles de la conscience importants, vomissements• Perte de connaissance (coma)• Convulsions	<ul style="list-style-type: none">• Allonger l'enfant sur le côté (PLS)••••••
--	---

Noter la date, l'heure des signes et le nom des médicaments donnés. **Restez à côté de l'élève.**
Dans tous les cas, informer les parents.

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :



Annexe 4

CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

EPILEPSIE

(A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)

Nom, prénom **élève** :

Date de naissance :

Classe :

Compagnie :

CONDUITE A TENIR :

Heures ouvrables : appel téléphone d'urgence antenne médicale : **06.81.20.60.94**

Heures non ouvrables : **appel du 15**

PRESCRIPTION MÉDICALE :

SYMPTOMES VISIBLES	CONDUITE A TENIR
<ul style="list-style-type: none">• Début brutal• Chute, perte de connaissance, raidissement de tout le corps, respiration suspendue• Secousses régulières de tout le corps, plus ou moins vigoureuses• Salivation importante, perte d'urines fréquente, morsure de langue possible• Cessation des secousses, reprise d'une respiration bruyante• Reprise progressive de la conscience, désorientation possible•••••••	<p>Pendant la crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• Noter l'heure de début :H.....• Protéger l'enfant pour éviter qu'il ne se blesse en écartant les objets et mettre si possible en Position Latérale de Sécurité (PLS)• Ne pas intervenir pour empêcher les mouvements• Ne pas essayer de le réveiller• Et éventuellement donner• Posologie <p>Après la crise :</p> <ul style="list-style-type: none">• Placer l'enfant sur le côté tant qu'il n'a pas repris conscience• Le calmer, le rassurer et le laisser se reposer en le surveillant•••



<p>Si la crise dure plus de 5 mins ou si les crises s'enchainent</p> <ul style="list-style-type: none">••	<p>Téléphoner au SAMU 15</p> <ul style="list-style-type: none">••
---	---

Noter la date, l'heure des signes et le nom des médicaments donnés. **Restez à côté de l'élève.**

Dans tous les cas, informer les parents.

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :



Annexe 5

CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE Autre pathologie (A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)
--

Nom, prénom <u>élève</u> : Date de naissance : Classe :	Compagnie :
---	-------------

Pathologie pour laquelle ce PAI est mis en œuvre :
--

CONDUITE A TENIR :

Heures ouvrables : appel téléphone d'urgence antenne médicale : **06.81.20.60.94**

Heures non ouvrables : **appel du 15**

PRESCRIPTION MÉDICALE :

SYMPTOMES VISIBLES	CONDUITE A TENIR
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • •

Noter la date, l'heure des signes et le nom des médicaments donnés. **Restez à côté de l'élève.**

Dans tous les cas, informer les parents.

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :