

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ - ALLERGIE NON ALIMENTAIRE

(Circulaire du 10-2-2021 BO n° 9 du 04 -02-2021)

Article D.351-9 du Code de l'éducation – Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre, de la lisibilité et de la communication des procédures.

### Renseignements administratifs

#### Elève

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

#### Etablissement (nom, adresse)

#### Responsables légaux ou élève majeur

| Lien de parenté      | Nom et prénom        | ☎ Domicile           | ☎ Travail            | ☎ Portable           | Signature            |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant (dont les enseignants remplaçant et les personnels conventionnés intervenant au sein de l'établissement : ex SESSAD), y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

|  | <b>PAI 1<sup>ère</sup><br/>demande</b> | <b>Modifications éventuelles</b> |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| Date   |  |                                  |  |  |  |  |
| Année scolaire   |  |                                  |  |  |  |  |
| <b>Vérification<br/>annuelle<br/>obligatoire</b><br>(Protocole d'urgence<br>actualisé, ordonnance<br>récente...) |  |                                  |  |  |  |  |
| Modifications<br>éventuelles   |  |                                  |  |  |  |  |

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale ou de PMI (si scolarisation en école maternelle) en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à la mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

### **Intervenants autour de l'élève**

| <b>Référents</b>  | <b>Nom- Prénom</b> | <b>Adresse administrative / Téléphone</b> | <b>Signature et<br/>Date</b> |
|---|--------------------|---|------------------------------|
| Chef d'établissement<br>Directeur d'école<br>Directeur<br>d'établissement       |                    |   |                              |
| Enseignant de la classe<br>Professeur principal<br>Encadrant de la<br>structure |                    |   |                              |
| Représentant du service<br>de restauration                                      |                    |   |                              |
| Responsable des autres<br>temps périscolaire                                    |                    |   |                              |
| Infirmière éducation<br>nationale ou PMI ou<br>collectivité d'accueil           |                    |   |                              |
| Médecin coordonnateur<br>et /ou prescripteur<br>Dr <input type="text"/>         |                    |   |                              |
| Médecins spécialiste,<br>services hospitaliers                                  |                    |   |                              |
| Autres<br><i>infirmières libérales,<br/>SESSAD, Kinés etc...</i>                |                    |   |                              |

**La famille est chargée de transmettre ce PAI à l'établissement scolaire. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation. Ensuite, le chef d'établissement adressera une copie de ce document au Centre Médico-Scolaire de rattachement ou à l'Antenne médico-sociale de PMI (si scolarisation en école maternelle). Il redonnera l'original aux parents qui le conserveront tout au long de sa validité.**

## CONSIGNES À APPLIQUER DANS LE CADRE D'UN PAI

**En l'absence d'élément nouveau (hors changement de posologie des traitements), ce PAI sera valable pendant toute la scolarité de l'élève au sein de cet établissement, sous réserve que :**

- les parents fournissent une ordonnance récente (si traitement prescrit) en début de chaque année scolaire au chef d'établissement et que les modifications éventuelles de posologie soient indiquées sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document.

- **et que le volet « vérification annuelle obligatoire » sur la 1<sup>ère</sup> page de ce document soit signé par le directeur ou le chef d'établissement.**

**En cas de modifications des besoins de l'élève, le médecin coordonnateur actualisera le PAI et les parents transmettront les nouveaux éléments au chef d'établissement qui enverra une copie signée au Centre Médico-Scolaire ou à l'antenne médico-sociale et la PMI (si scolarisation en école maternelle)**

### Mesures pratiques



**SAMU : 15**

**Médecin traitant et/ou spécialiste**

NOM, Prénom

Lieu d'exercice

Spécialité

Téléphone

Mail



Les médicaments, l'ordonnance,  
et un double de ce PAI seront placés  
dans une/des trousse(s) d'urgence  
étiquetée(s) au nom de l'élève  
fournie(s) par les responsables légaux



La date de péremption des médicaments sera régulièrement vérifiée par les responsables légaux qui assureront leur renouvellement



La/les trousse(s) d'urgence sera(ont) rangée(s) dans un endroit non accessible aux enfants et connu de toute personne susceptible d'avoir recours aux médicaments d'urgence



Cette trousse suivra l'élève  
dans tous ses déplacements

Lieu(x)



En cas de déplacement (sortie scolaire, EPS...)  
toujours prendre un téléphone portable  
pour alerter les secours en cas de besoin  
Noter les numéros de téléphone d'urgence  
et les coordonnées des partenaires du PAI



Le chef d'établissement  
veille à la **transmission des consignes**  
au personnel (titulaire et remplaçant)  
et aux accompagnateurs et personnels de la  
structure d'accueil en cas de sortie scolaire.  
Il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe  
éducative prennent connaissance de ce PAI sous  
format papier ou numérique



En cas de voyage scolaire  
Penser à prendre le traitement médical quotidien (avec demande écrite des parents  
et ordonnance du médecin traitant)  
Anticiper les activités supplémentaires prévues qui pourraient être contre-indiquées

## BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

### **L'enfant nécessite-t-il un traitement médical quotidien ?**

NON

OUI

➤ Si oui et qu'une prise médicamenteuse est à prévoir sur le temps scolaire ou dans le cadre d'une sortie scolaire, fournir une ordonnance du médecin traitant et/ou du spécialiste avec prescription détaillée (posologie et horaires de prise)

**Allergie avérée :** NON

OUI

Le ou les allergènes en cause

Si allergie alimentaire, prévoir un PAI allergie alimentaire

**Symptômes :** NON

OUI

- Gonflement d'une partie du corps
- Œdème du visage avec difficultés respiratoires (œdème de Quincke)
- Rhinite
- Conjonctivite
- Urticaire
- Toux ou difficultés respiratoires

Autres

Les travaux manuels, ateliers de cuisine, cours d'arts plastiques et SVT

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

Allergène mentionné dans le PAI

Autres (préciser) :

### **Aménagements à l'extérieur de l'établissement :**

- Déplacements hors enceinte scolaire possible sous condition du respect du PAI
- Déplacements scolaires sans nuitée possible sous condition du respect du PAI
- Déplacements scolaires avec nuitée possible sous condition du respect du PAI

### **Autres aménagement(s) à prévoir :**

## PROTOCOLE D'URGENCE (à compléter par le médecin qui suit l'enfant)

Nom  Prénom

Date de naissance  Poids

L'élève est allergique à (préciser le ou les allergènes en cause) :

### LA TROUSSE D'URGENCE

LIEU(X) DE DÉPÔT DES MÉDICAMENTS

#### Composition de la trousse d'urgence :

L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sera également jointe :

Antihistaminiques :  AERIUS (Desloratadine)  KESTIN (Ebastine)  XYZALL (Lévocétirizine)  AUTRE





















Corticoïdes :  SOLUPRED (Prednisolone)  CELESTENE (Bétaméthasone)  AUTRE

Broncho-dilatateur :  VENTOLINE (Salbutamol)  AIROMIR (Salbutamol)  AUTRE

Chambre d'inhalation pour broncho-dilatateur :  avec masque  avec embout buccal

Adrénaline injectable :  ANAPEN  JE XT  EPIPEN  EMERADE

(Doit être conservée à température ambiante inférieure à 25°. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme).

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p>■ EPIPEN</p>     |  <p>Enlever le capuchon bleu</p>                            |  <p>Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>   |  <p>Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un clic et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p> |  <p>Puis masser la zone d'injection</p>  |
| <p>■ JEXT</p>       |  <p>Enlever le bouchon jaune</p>                            |  <p>Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>  |  <p>Appuyer fermement jusqu'à entendre un clic en tenant la cuisse et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p>             |  <p>Puis masser la zone d'injection</p>  |
| <p>■ ANAPEN</p>   |  <p>Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille</p> |  <p>Retirer le bouchon noir protecteur</p>   |  <p>Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>   |  <p>Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenir appuyé pendant 10 sec. Puis masser la zone d'injection</p> |
| <p>■ EMERADE</p>  |  <p>Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille</p>      |  <p>Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes</p> |    |  <p>Masser légèrement le site d'injection</p>  |

## CONDUITE À TENIR EN CAS DE RÉACTION ALLERGIQUE

Commencer par évaluer la gravité de la réaction

Dans tous les cas dès le premier signe

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'élève

| Signes d'appel   | Conduite à tenir  |
|--|---|
| <b>RÉACTION LÉGÈRE</b>   |   |
| Un ou plusieurs signes apparaissent : <ul style="list-style-type: none"><li>• La bouche pique, les lèvres gonflent</li><li>• Les yeux piquent, le nez coule</li><li>• Des plaques rouges qui grattent apparaissent</li><li>• Mal au ventre et envie de vomir</li><li>• Autres signes éventuels :</li></ul> <p><u>MAIS L'ENFANT PARLE ET RESPIRE BIEN</u></p> | <p><b>1) Donner (cases à cocher) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminiques [ ] Dose [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> Corticoïdes [ ] Dose [ ]</p> <p><b>2) Surveiller l'enfant jusqu'à disparition des symptômes et prévenir les parents</b></p> <p><b>EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION ÉVALUER DE NOUVEAU LA GRAVITÉ</b></p> <p>Si vous avez le moindre doute sur la santé de l'enfant ne pas hésiter à appeler le SAMU pour conseil</p> |



| SI ABSENCE D'AMÉLIORATION OU AGGRAVATION OU RÉACTION SÉVÈRE D'EMBLÉE  |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La voix change ou l'enfant a du mal à parler</b></li><li>• <b>L'enfant respire mal, siffle, touse</b></li><li>• <b>L'enfant a très mal au ventre, vomit</b></li><li>• <b>L'enfant se gratte les mains, les pieds, la tête</b></li><li>• <b>L'enfant se sent mal</b></li><li>• <b>L'enfant fait un malaise</b></li><li>• <b>Plusieurs de ces signes sont associés</b></li><li>• <b>Autres signes</b></li></ul> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 280px; margin-top: 10px;"></div> | <p><input type="checkbox"/> <b>Allonger l'enfant ou le laisser demi assis en cas de gêne respiratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Injecter dans la face antéro-externe de la cuisse :</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANAPEN   <input type="checkbox"/> EIPEN   <input type="checkbox"/> EMERADE   <input type="checkbox"/> JEXT</p> <p>Dose selon le poids : <input type="checkbox"/> &lt; 25 kg   dose : 0,15 mg</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 25 kg   dose : 0,30 mg</p> <p><b>Appeler le SAMU (15 ou 112) et suivre les consignes</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Si gêne respiratoire, donner : (cases à cocher)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Broncho-dilatateur (si besoin à l'aide de la chambre d'inhalation) [ ] donner [ ] bouffées</p> <p>Si les signes persistent, renouveler [ ] bouffées</p> <p><input type="checkbox"/> au bout de [ ] minutes</p> <p><input type="checkbox"/> toutes les [ ] minutes</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Donner aussi :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminiques [ ] Dose [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> Corticoïdes [ ] Dose [ ]</p> |

**Date :**

**Cachet et signature du médecin qui suit l'enfant :**