

ANNEXES

LETTRE POUR LES PARENTS

à Mme, M.....
Parents de l'élève.....
Classe.....

Madame, Monsieur

Vous m'avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins à l'école.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Pour cela, vous voudrez bien :

-Faire compléter le document ci-joint (protocole de soins d'urgence)

Par le médecin spécialiste de votre enfant

-joindre un bilan médical récent

-joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence prescrits (les médicaments cités dans le protocole de soins d'urgence doivent être les mêmes que ceux écrit sur l'ordonnance)

Ces documents devront être retournés sous enveloppe cachetée au médecin de l'éducation nationale.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (attention les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux écrits sur le protocole de soins d'urgence sans substitution)

Le Directeur
Le Chef d'Etablissement

Nom :

Prénom

RAISONS MOTIVANT CETTE DEMARCHE :

--

PROTOCOLE A ETABLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (généraliste ou spécialiste) :

Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir (position de l'enfant, médicaments, personne à prévenir)
Signes mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive	
Signes majeurs : nécessitant des mesures à prendre en urgence	

TROUSSE D'URGENCE :

Nom	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement

Date :

Signature et cachet du médecin :

Nom :

Prénom :

TRAITEMENT SUR TEMPS SCOLAIRE SI NECESSAIRE :(nom, posologie,type de soin,par qui,où,quand) :

--

DISPENSE D'ACTIVITE :

--

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES :

Régime alimentaire :

Accessibilité des locaux :

Transports scolaires :

Déplacements scolaires en dehors de l'établissement scolaire :

Classes transplantées :

Autres :

--

Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003(Bulletin Officiel n° 34 du 18/09/2003)
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE

Photo	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de naissance :	Age :
	Classe :	Sexe :

Année scolaire du 1 ^{er} PAI..... PAI reconduit pour l'année scolaire.....
--

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux même astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant 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 d'accueil scolaire et périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

Nom :**Prénom :**

Etablissement : Tél.

Adresse de l'établissement :

Chef d'Etablissement/Directeur d'Ecole :

Mairie de :

Médecin de l'éducation nationale.....

Lieu où il peut être joint :

Tél :

PERSONNES A PREVENIR**LES URGENCES :**

SAMU	sur téléphone standard	15
SAMU	sur téléphone portable	112

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Nom :

Prénom :

POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES :

- **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin :**
 - Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence.....
.....
 - Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
 - Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
 - Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation Nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale.
- * **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties :**
 - Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
 - Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
 - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger
- **En cas de changement d'enseignant :**
 - Faire suivre l'information de façon prioritaire
- **Pour les temps péri-scolaire et la restauration scolaire :**
 - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés au PAI

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

Nom :

Prénom :

➤ **Autres aménagements** (à détailler)

.....

.....

.....

.....

.....

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Le : A.....

Responsable de l'établissement
Ou de l'école

Médecin de l'éducation nationale

Maire ou son représentant

Médecin généraliste ou spécialiste :

Enseignant de référence

Infirmière

Autres :

