



**SANTE SCOLAIRE**

*Cachet de l'établissement scolaire*

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES

Circulaire n°2003-135 du 8-9-2003 : « ACCUEIL EN COLLECTIVITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ ÉVOLUANT SUR UNE LONGUE PÉRIODE » NOR : MENE0300417C, RLR : 501-5 ; 960-0.

### URGENCE ALLERGOLOGIQUE

ELEVE	RESPONSABLES LEGAUX	Mme <input type="checkbox"/> / M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/> / M. <input type="checkbox"/>
NOM et prénom : .....	NOM et prénom	.....	.....
Date naissance : .....	Adresse	.....	.....
Etablissement / Ecole : .....		.....	.....
.....	domicile	.....	.....
Classe : .....	professionnel ou	.....	.....
	Adresse électronique	.....	.....

### ALLERGENES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### EVENTUEL TRAITEMENT DE FOND

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 1 : PAI urgence allergologique

**EN CAS DE CRISE : SIGNES D'APPEL ET CONDUITE A TENIR  
RESTER CALME ET RASSURER L'ENFANT et NE PAS LE LAISSER SEUL**

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
----------------	------------------

Yeux rouges et gonflés	
Eternuements et écoulements du nez	

**Information des parents**

L'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement, il est pâle, il tousse et des sifflements respiratoires sont audibles	
Démangeaisons des lèvres et du palais de l'enfant mais sans gêne respiratoire	
Démangeaisons avec éruption localisée ou généralisée (boutons comme piqûres d'ortie) Les lèvres ou le visage peuvent gonfler sans gêne respiratoire	

**En l'absence d'amélioration après 15 minutes → APPEL du 15 (ou le 112 à l'étranger) et information de la famille**

L'enfant a les lèvres et le visage qui gonflent. Il s'étouffe. La voix est rauque, il respire difficilement et il ne peut plus parler	
L'enfant a un malaise (sueurs-pâleur). Il s'exprime difficilement et peut perdre connaissance après ou non une crise d'asthme ou d'urticaire	

**URGENCE immédiate et absolue → APPEL du 15 (ou le 112 à l'étranger) et information de la famille**

- ☞ Lieu de rangement des médicaments .....
- ☞ Traitement à emporter en cas d'activité extra-scolaire.

ANNEXE 1 : PAI urgence allergologique

Date : ..... et signatures ↗

<i>Le directeur Le chef d'établissement</i>	<i>La famille ou le représentant légal</i>	<i>Le médecin qui suit l'enfant</i>	<i>La collectivité territoriale</i>	<i>Autre :</i>	<i>Autre :</i>
---	--	---	---	----------------	----------------

**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL  
OU D'AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE**

Etablissement : .....  
.....  
.....

Nom du Directeur d'école  
ou du Chef d'établissement  
.....

Nom et Prénom de l'élève : .....  
.....

Classe : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

\* autorise les personnels de l'Education nationale et de la collectivité territoriale à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier).

\* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

(\* cocher la case correspondante)

Fait à ..... le .....  
Signature du responsable légal,

à .....

le .....

Avis favorable

Le Directeur d'école,  
Le Chef d'établissement  
(cachet)