

SANTÉ SCOLAIRE

Cachet de l'établissement scolaire

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) DANS LES ÉTABLISSEMENTS 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 RESPIRATOIRE

ELEVE	RESPONSABLES LEGAUX	Mme ☐ / M. ☐	Mme ☐ / M. ☐
NOM et prénom :	NOM et prénom	.....	.....
Date naissance :	Adresse	.....	.....
Etablissement / Ecole : .....	.....	.....	.....
.....	 domicile	.....	.....
Classe :	 professionnel ou	.....	.....
	Adresse électronique	.....	.....

EVENTUEL TRAITEMENT DE FOND

Administrer :

EN CAS DE CRISE : SIGNES D'APPEL ET CONDUITE A TENIR (barrer les items inutiles ou compléter)

Sifflements Toux persistante Respiration difficile Autre :	Administrer ... bouffées de ... Avec chambre d'inhalation : oui / non Répéter au bout de 5 min en l'absence d'amélioration Donner ... comprimé(s) de ... Information de la famille
En l'absence d'amélioration après 15 minutes ou de signe(s) de gravité : Difficulté à parler Sueurs Pâleur Malaise	Renouveler l'administration du traitement inhalé et appel du 15 (ou le 112 à l'étranger) Information de la famille
En cas de symptomatologie liée à l'effort : la crise survient généralement dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'exercice et parfois pendant l'exercice. La prévention consiste en un échauffement musculaire préalable, un entraînement progressif et séquentiel ainsi qu'un entraînement à la respiration nasale pour humidifier et réchauffer l'air inspiré. Faire attention aux conditions atmosphériques (pics de pollution, chaleur, froid), par temps froid et sec : port de bonnet et écharpe conseillé.	Prévention médicamenteuse de l'asthme d'effort : 10 à 15 minutes avant l'effort : Administrer ... bouffées de ...

ANNEXE 4 : PAI urgence respiratoire

Dans tous les cas :

Rester calme, et rassurer l'enfant. Mettre l'enfant dans un lieu calme, tempéré et aéré, en position assise ou demi-assise ;
Ne pas le laisser seul

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

Date : et signatures ↗

Le directeur Le chef d'établissement	La famille ou le représentant légal	Le médecin qui suit l'enfant	La collectivité territoriale	Autre	Autre

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)

Màj : Avril 2020