

Demande de la famille :

Je soussigné :
demande que toute personne en charge de mon enfant :
à l'école, lui administre le traitement désigné dans le PAI et applique, si nécessaire, le protocole d'urgence.

Première signature	RENOUVELLEMENTS			
Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :
Signataires du projet :				
L'enfant ou l'adolescent :				
Les parents ou le représentant légal :				
Le directeur ou chef d'établissement :				
L'enseignant :				
Le médecin spécialiste ou le médecin traitant :				
Le médecin de l'éducation nationale :				
L'infirmière de l'établissement :				
Le représentant de la municipalité :				

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ► Asthme

Circulaire N°2003-135 du 08.09.2003
Encart B.O. EN N°34 du 18 septembre 2003

**Mission de promotion de la santé
en faveur des élèves**

Année scolaire du premier PAI :

Reconduction (préciser l'année scolaire) :

ELEVE CONCERNE Nom, Prénom :	ANNEE SCOLAIRE Date de naissance :
Adresse du lieu de vie de l'élève :	Classe :
Etablissement scolaire :	

PARTIES PRENANTES

Coordonnées des responsables légaux

NOM - PRENOM	ADRESSE (si différente de l'élève)	TELEPHONE
Parent		Dom Port Travail
Parent		Dom Port Travail
Autre responsable légal		

Directeur d'école ou chef de l'établissement :

Médecin de l'Education nationale :

Infirmier (ère) scolaire :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste ou service spécialisé :

Représentant de la municipalité :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

☎ Parents ou responsables légaux

☎ SAMU : 15 – 112

☎ Médecin ou service hospitalier :

☎ Autre :

ELEVE Nom – Prénom :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT ou DE L'ADOLESCENT

EN CLASSE

- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin.
 - Une attention particulière doit être portée lors de situations pouvant entraîner un contact avec certains produits allergisants :
-
-
-

EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

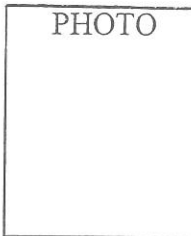
- La trousse d'urgence doit suivre l'enfant en sport
 - L'enfant a besoin d'une prise médicamenteuse avant la pratique de l'activité sportive : **Faire prendre bouffées de** , **mn avant le sport**
 - Précautions particulières dans certaines circonstances :
-
- ;

SORTIES SCOLAIRES

- Prendre impérativement le PAI + la trousse d'urgence
 - Prévoir un téléphone portable selon le lieu de la sortie.
 - Autre (à préciser)
-
-

TRAITEMENT MEDICAL

ELEVE : Nom – Prénom Année scolaire :
Classe :



PROTOCOLE D'URGENCE

Signes présentés par l'enfant ou l'adolescent	Mesures à prendre Bien préciser à partir de quand il faudra faire appel au SAMU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes d'appel : <ul style="list-style-type: none"> - Toux sèche qui ne s'arrête pas - Gêne respiratoire - Essoufflement - Oppression thoracique - Irritation de la gorge - Sifflements audibles - Pincement des narines 	<p>Mettre l'élève assis au calme</p> <p>Donner : bouffées de</p> <p>..... ;</p> <p><input type="checkbox"/> dans la chambre d'inhalation (cf schéma d'utilisation)</p> <p>Prévenir la famille.</p> <p>Si les signes persistent aprèsminutes, faire reprendre bouffées de.....</p> <p>..... ;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> - Angoisse majorée - Difficultés pour parler - Sueurs - Agitation - Pâleur - Lèvres bleues (cyanose) - Epuisement - Somnolence' 	<p>Protocole détaillé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ;</p> <p>..... ;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si pas d'amélioration ou aggravation 	<p>Appeler le SAMU 15</p> <p>Appeler la famille</p> <p>Rester près de l'élève</p>

Localisation de la trousse d'urgence :

Courrier joint pour médecin des urgences

DATE :

TAMPONS et Signatures : du médecin traitant du médecin de l'Education Nationale