

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

l'enfant ou l'adolescent concerné

NOM, PRÉNOM : classe :
né le :
nom de la collectivité d'accueil :
adresse :
téléphone :
Horaires de présence à l'école: matin.....après-midi.....
Restauration scolaire : oui non
Présence périscolaire : garderie, CLAE, études oui non

les responsables de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence

NOM :	NOM :
PRENOM.....	PRENOM.....
Qualité	Qualité
Adresse :	Adresse :
.....
tel domicile.....	tel domicile.....
tel professionnel :	tel professionnel.....

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé sur évoluant une longue période, afin que la collectivité d'accueil puisse intervenir en cas d'urgence et lui permette de suivre son traitement et/ou son régime.

Je soussigné....., père, mère, tuteur, certifie que mon enfant souffre de

et demande pour lui la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

tel :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement scolaire : école, cantine, temps périscolaire
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et administrer les traitements prévus dans ce document

Signature :

Date :

Si nécessité d'appeler les services d'urgence :15 ou 112 (portable)

- Demander le médecin régulateur qui apportera aide et conseil
- Signaler la raison du PAI
- Donner des réponses brèves et précises aux questions posées,
- Ne pas raccrocher avant que le médecin régulateur vous le dise.

PROTOCOLE d'URGENCE EN CAS D'ALLERGIE ALIMENTAIRE

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

NOM :	Prénom :	Poids :
Né (e) le :	Ecole :	Classe :

Allergènes précisés par le dernier bilan allergologique :	
Restauration collective autorisée en accord avec le distributeur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Panier repas :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Traces autorisées :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Contact cutané autorisé :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
Mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive, un traitement.	noter l'heure : prévenir les parents, surveiller l'enfant si pas d'amélioration rapide appeler le 15
Urticaire (plaques rouges) <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Conjonctivite, Rhinite) <input type="checkbox"/> Œdème (gonflement) <input type="checkbox"/> Troubles digestifs : maux de ventre <input type="checkbox"/> , vomissements <input type="checkbox"/>	Anti-histaminique : Lequel ? : Corticoïde : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel ? :
Asthme : toux sèche, sifflements, gêne respiratoire	VENTOLINE (ou autre broncho-dilatateur) bouffées à renouveler aprèsminutes chambre d'inhalation : oui non
Sévères : nécessitant des mesures à prendre en urgence :	Mettre l'enfant au calme, rester à côté de lui et le rassurer, une autre personne appelle le SAMU : 15
Malaise général Étouffement : gêne respiratoire importante avec toux rauque, voix modifiée Association de 2 des signes suivants : - Urticaire étendue avec œdème du visage - Asthme - forts maux de ventre, vomissements	Faire un Anapen*/Jext*/Epipen*) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Injection sur la face antérieure ou externe de la cuisse , laisser appuyé 10 secondes. et appeler le SAMU : 15

ORDONNANCE JOINTE (en cas de prise de médicaments nécessaire pendant le temps de présence de l'enfant dans la Collectivité d'accueil)

date :

CACHET du MEDECIN, signature

Trousse d'urgence :

- La trousse d'urgence est fournie par les parents.
- Les parents fournissent les médicaments, il est de leur responsabilité de vérifier les dates de péremption.
- La trousse d'urgence contient un double de ce document en totalité + ordonnance
- Elle sera emportée lors de toutes les sorties pédagogiques

➤ Les parents s'engagent à informer le directeur ou chef d'établissement en cas de changement de la prescription médicale.

➤ En cas de remplacement d'enseignant ou de tout personnel, le directeur transmettra l'information.

Les signataires	Nom	Signature
Les parents (ou représentant légal)		
Le chef d'établissement / Le (La) directeur (trice) d'école		
L'enseignant(e)		
Le médecin de l'Éducation nationale		
L'infirmier(ère)		
Le maire ou son représentant		
Date de mise en œuvre du Protocole d'Accueil Individualisé : Renouvellement :		

ANNEXE 1 : ACCUEIL ALSH

Annexe à compléter si votre enfant est inscrit au service ALSH

Année scolaire 2019/2020

Je soussigné(e), père, mère, représentant légal de(Prénom et Nom de l'enfant), autorise que ce Protocole d'Accueil Individualisé soit mis en œuvre lors de l'accueil de mon enfant au sein des accueils de loisirs sans hébergement (ALSH) de la ville et autorise à ce que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant durant ce service.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et administrer les traitements prévus dans le protocole d'accueil individualisé et ses annexes.

**Le responsable ALSH
(signature)**

**Le responsable légal
(signature)**

Attention :

Il conviendra de fournir au centre de loisirs une trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin.

Il relève de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

ANNEXE 2 : ACCUEIL RESTAURATION ALAE et ALSH

Annexe à compléter si votre enfant est inscrit aux services de restauration

Année scolaire 2019/2020

Afin de servir des repas garantissant les conditions de sécurité nécessaires au respect des prescriptions relatives au régime alimentaire de votre enfant, il convient de l'inscrire sur des jours fixes de présence au service collectif de restauration :

■ **Restaurant scolaire** (Merci de cocher les jours où votre enfant déjeunera à la cantine)

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Jours de présence				

■ **Accueil de loisirs** (Merci de cocher les jours où votre enfant déjeunera à l'ALSH)

	MERCREDI	VACANCES
ALSH BARRICOU MATERNEL		
ALSH BARRICOU ELEMENTAIRE		
ALSH LES PRES		

Attention, cette inscription ne dispense pas du badgeage quotidien ni des réservations.

Annulation exceptionnelle

Pour toute annulation, vous devrez informer la Direction Enfance Enseignement au 05.61.71.74.59 ou par mail DEE-Administration@mairie-blagnac.fr, **2 jours ouvrables avant** le jour d'absence, et **avant 10H** du matin.

(Exemple : l'absence du lundi devra être signalée le jeudi avant 10H)

La Régie Municipale de Restauration
 (signature)

Le responsable légal
 (signature)