



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
DE L'ESPACE SUD MARTINIQUE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ POUR ELEVES ALLERGIQUES ALIMENTAIRES (PAI)



Etablissement : Année scolaire 20 ... -20

Adresse de l'établissement :

Chef d'établissement : Tél. :

Mairie de _____

COORDINATEUR PAI

QUALITE	NOM	LIEU OU IL PEUT ETRE JOINT	TELEPHONE
MEDECIN SCOLAIRE			BUREAU : 0596 PORTABLE : 0696

ELEVE CONCERNE

NOM		PHOTO
PRENOM		
ADRESSE		
DATE DE NAISSANCE		
AGE		
SEXE		
POIDS		
CLASSE		
ALLERGIES		

PERSONNES A PREVENIR RAPIDEMENT EN CAS DE TROUBLE

LES PARENTS OU TUTEURS :

MONSIEUR	
NOM/PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE DOMICILE	
TELEPHONE BUREAU	
TELEPHONE PORTABLE	
MADAME	
NOM/PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE DOMICILE	
TELEPHONE BUREAU	
TELEPHONE PORTABLE	

LE SAMU

TELEPHONE FIXE	COMPOSER LE 15
TELEPHONE PORTABLE	COMPOSER LE 112

LE SERVICE HOSPITALIER

NOM DU SERVICE	
N° DE TELEPHONE	

L'ALLERGOLOGUE QUI SUIV L'ENFANT

NOM	
ADRESSE	
N° DE TELEPHONE	

**PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
(SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER ET CONDUITE A TENIR)**

EN CAS D'APPARITION DE	SIGNES VISIBLES	MESURES A PRENDRE	SOINS COMPLEMENTAIRES
<i>PREMIERS SIGNES</i>			
RHINITE	Eternuements		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
CONJONCTIVITE	Yeux rouges, gonflés		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
URTICAIRE	Boutons comme des piqûres d'ortie		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
OEDEME SANS SIGNE D'ASPHYXIE	Lèvres ou visage		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
CRISE D'ASTHME	Toux sèche, gêne respiratoire. L'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
TROUBLES DIGESTIFS	Douleurs abdominales, vomissements		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents
OEDEME AVEC SIGNES RESPIRATOIRES	Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement		Noter l'heure, surveiller, prévenir les parents

SI LES SIGNES NE DISPARAISSENT PAS OU S'AGGRAVENT

RHINITE CONJONCTIVITE URTICAIRE	Aggravation ou absence d'amélioration dans les 5 minutes			Contacteur le SAMU
OEDEME LARYNGE	Signes d'asphyxie présents			Contacteur le SAMU
CRISE D'ASTHME	Aggravation ou absence d'amélioration			Contacteur le SAMU
CHOC	Malaise, asphyxie, perte de connaissance (sans qu'il n'y ait eu chute ou traumatisme).			Contacteur le SAMU

LES MEDICAMENTS SONT DISPONIBLES

LIEU DE RANGEMENT FIXE (Permanent) : SALLE _____ ARMOIRE _____

MODE DE RANGEMENT MOBILE (Permanent) :

Rayer la mention inutile, en fonction de l'âge et de l'autonomie de l'élève.

❖ Mallette de secours numéro OUI NON

La mallette suit le jeune enfant en classe, dans l'interclasse et durant les sorties.

Elle est placée sous la responsabilité de l'encadrant.

❖ Trousse personnelle de l'élève OUI NON

Un élève plus âgé doit posséder en permanence sa trousse d'urgence sur lui.

MEDICAMENTS A ADMINISTRES - POSOLOGIE - LIEU DE RANGEMENT

	Médicament	Posologie	Mode d'administration
antihistaminique			
Corticoïde			
Broncho-dilatateur			
Adrénaline injectable			
autres			

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES POUR LES PRISES DE REPAS

L'allergologue

Estime que l'enfant peut se restaurer à la cantine, sous réserve d'une surveillance des menus par ses parents	OUI	NON
Estime que l'enfant peut se présenter dans une salle de restauration collective où il consommera uniquement les repas spécifiques disponibles	OUI	NON
Estime que l'état de santé de l'enfant proscrit qu'il se présente dans une salle de restauration collective	OUI	NON

La CAESM

Propose à la famille des repas adaptés à l'état de santé de l'enfant	OUI	NON
--	-----	-----

La famille

S'engage à respecter le protocole d'hygiène pour la communication [protocole visé (annexe)]	OUI	NON
---	-----	-----

Aménagements spécifiques pour les sorties d'une journée

Estime que l'enfant peut se déplacer avec ses camarades dans le cadre de sorties sans réserve particulière	OUI	NON
Estime que l'enfant peut se déplacer avec ses camarades dans le cadre de sorties avec repas spécifiques disponibles, l'encadrant disposant d'une mallette de secours, contenant une plaquette résumant le PAI (ou l'enfant sa trousse d'urgence) ainsi que d'un téléphone cellulaire	OUI	NON

INFORMATION AU PERSONNEL

La famille autorise les personnels éducatifs à prendre connaissance de ces informations

L'établissement a organisé une réunion d'information et de sensibilisation sur les questions des allergies alimentaires pour les personnels éducatifs ainsi que pour les parents d'élèves intéressés le..... ou organisera le, sous l'égide du conseil d'école qui en a été averti le..... .

Par ailleurs, la Municipalité signale que les personnels chargés du service à table suivants ont fait l'objet d'une formation aux premiers secours :

NOM	QUALITE	LIEU DE TRAVAIL	DATE DE LA FORMATION

DOCUMENTS ANNEXES

Compte-rendu de bilan allergologique à l'intention du médecin de l'éducation nationale	Annexe 1	
Demande écrite des parents concernant les soins à effectuer et les médicaments à administrer aux personnes présentes	Annexe 2	
Photocopie de l'ordonnance et de la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence	Annexe 3	
Schéma expliquant le mode d'administration du médicament (chambre d'inhalation, injection intramusculaire, auto-injection)	NECESSAIRE Annexe 4	PAS NECESSAIRE
Protocole d'hygiène pour la communication et la conservation des boîtes à provision	NECESSAIRE Annexe 5	PAS NECESSAIRE

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des paragraphes et des annexes du présent document.

Elles s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Le médecin du service de promotion de la santé MM
Fait à _____ le _____ signature :

L'infirmière du service de promotion de la santé MM
Fait à _____ le _____ signature :

L'allergologue qui suit l'enfant MM
Fait à _____ le _____ signature :

Le Directeur de l'école
Fait à _____ le _____ signature :

Les parents ou tuteurs de l'élève MM
Fait à _____ le _____ signature :

Les parents s'engagent à transmettre au médecin scolaire une copie de chaque nouveau bilan allergologique.

L'élú délégué aux affaires scolaires MM
Fait à _____ le _____ signature :

Le responsable du service municipal de _____ chargé de la
restauration scolaire MM
Fait à _____ le _____ signature :

Le Président de la CAESM, M
Fait à _____ le _____ signature :

Le responsable du prestataire chargé de la restauration MM
Fait à _____ le _____ signature :