



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
DE L'ESPACE SUD MARTINIQUE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ POUR ÉLÈVES DIABÉTIQUES (PAI)



Etablissement : Année scolaire 20 ... et suivantes

Adresse de l'établissement :

Chef d'établissement : Tél. :

Mairie de _____

COORDINATEUR PAI

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

ELEVE CONCERNE

NOM		PHOTO
PRENOM		
ADRESSE		
DATE DE NAISSANCE		
AGE		
SEXE		
POIDS		
CLASSE		

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 MEDECIN TRAITANT

NOM	
ADRESSE	
N° DE TELEPHONE	

LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT

NOM	
ADRESSE	
N° DE TELEPHONE	

**PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
(A renseigner par le médecin qui suit l'enfant)**

DIABETE INSULINODEPENDANT

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

→.....

Lieu de rangement :

Dès les premiers signes, prévenir les parents
Appeler le SAMU et pratiquer

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
SIGNES MINEURS	
L'enfant dit j'ai faim, je suis en hypo.	
Vertiges	
Fatigue	
Trouble de la vue	
Pâleur	
Sueurs	
Tremblements	
Troubles de la parole	
Modification brutale de l'humeur : agressivité, ébriété, apathie	
SIGNES MAJEURS	
Malaise avec impossibilité de resucrer l'enfant par voie orale	
Perte de connaissance	

Des nausée ou des vomissements peuvent survenir après l'injection de glucagen.

***Noter la date, l'heure des signes et des médicaments administrés.
Rester à coté de l'enfant.***

Date signature et cachet du médecin

POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES

TROUSSE D'URGENCE CONTENANT LES MEDICAMENTS PRESCRITS PAR LE MEDECIN

- Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence : _____
-
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double du document.
 - Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
 - Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale en cas de changement de la prescription médicale.

EN CAS DE DEPLACEMENT SCOLAIRE : CLASSES TRANSPLANTEES OU SORTIES

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer.
- Prendre la trousse d'urgence avec le double du document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

EN CAS DE CHANGEMENT D'ENSEIGNANT

- Faire suivre les informations de façon prioritaire.

POUR LES TEMPS PERI-SCOLAIRE ET LE RESTAURANT SCOLAIRE

- Quand ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI.

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

TRAITEMENT SUR TEMPS SCOLAIRE

Nom du médicament

Posologie

Personne intervenante

Lieux

Date de la formation du personnel

Prioritaire à la cantine

Collation

Injection d'insuline à faire à l'issue du repas

L'enfant doit être accompagné durant les activités sportives

Surveiller la glycémie _____

CONTROLE DE LA GLYCEMIE

Contrôle de la glycémie _____

Conduite à tenir selon le résultat

Glycémie < à	
Glycémie > à	

Autres aménagements (à détailler) :

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

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 :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON

Le médecin qui suit l'enfant MM
Fait à _____ le _____ signature :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON

Le Directeur de l'école

Fait à _____ le _____ signature :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON

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, et souhaitent une reconduction du PAI pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON

L'élú délégué aux affaires scolaires MM

Fait à _____ le _____ signature :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans la restauration scolaire OUI NON

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 :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON

Le responsable du prestataire chargé de la restauration MM

Fait à _____ le _____ signature :

Accord pour une reconduction pour les prochaines années dans le groupe scolaire OUI NON