

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé E1 pour les moins de 6 ans

Circulaire n°2003-135 du 08 sept 2003 bulletin officiel n°34 du 18/09/2003

PHOTO

facultatif

Année scolaire :

Le Secret professionnel

Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels paramédicaux et aux travailleurs sociaux. Il importe, par ailleurs, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont tous les personnels de la structure d'accueil doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant ou l'adolescent. Toutefois le secret professionnel ne peut empêcher de déterminer avec l'équipe d'accueil les mesures à prendre pour faciliter la bonne adaptation de l'enfant ou de l'adolescent. Pour cette raison, lorsque la maladie dont souffre l'enfant ou l'adolescent le nécessite, et à la demande expresse des familles, l'ensemble des dispositions et informations contenues dans son projet d'accueil individualisé, à l'exception de celles couvertes par le secret médical, contenues dans un pli cacheté, pourra être porté à la connaissance de la communauté d'accueil, et mis en œuvre par celle-ci. La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille.

COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Age : Sexe : M F

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Pour les activités nautiques, prévenir le maître-nageur/surveillant - Pour l'escalade (peut grimper mais ne peut pas assurer)

Restriction éventuelle :

Aménagements à mettre en œuvre :

Pédagogique :
.....

Horaires adaptés :

Régime alimentaire :

Mesures particulières en cas de sorties

Précautions particulières (écran, salle de repos...) :

COORDONNEES DES PARENTS / RESPONSABLES

COORDONNEES DE LA MERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📶 gsm : 069..... ☎ travail :

COORDONNEES DU PERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📶 gsm : 069..... ☎ travail :

AUTRE PERSONNE RESPONSABLE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📶 gsm : 069..... ☎ travail :

AUTRE PERSONNE RESPONSABLE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 📶 gsm : 069..... ☎ travail :

REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

MEDECIN TRAITANT : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN SPECIALISTE : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN DE PMI : Nom /Prénom : ☎ :

INFIRMIERE DE PMI : Nom /Prénom : ☎ :

FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

Fièvre Fatigue / Dette de sommeil Autres facteurs :

PROTOCOLE D'URGENCE

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
<p>EN CAS DE RUPTURE DE CONTACT</p> <ul style="list-style-type: none"> L'enfant a les yeux dans le vague, le regard fixe. Il ne répond pas aux questions pendant quelques secondes. Il n'y a pas de mouvements anormaux ni de risque de chute. 	<p>NE RIEN FAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Repos au calme si nécessaire Le signaler aux parents.
<p>EN CAS DE CONVULSIONS</p> <p>(Secousses involontaires ou rigidité du corps et perte de connaissance)</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelle que soit la cause, la crise évolue en 3 stades : <ol style="list-style-type: none"> L'enfant perd connaissance. L'enfant tombe brusquement et est « raide » pendant quelques instants. Il s'agit ensuite en mouvement convulsifs : l'ensemble des membres fléchissent et s'étendent en alternance. Après la crise, l'enfant est tout mou, comme endormi avec une respiration bruyante. Il peut saliver ou vomir, c'est la phase post-critique qui peut durer plusieurs minutes voire se prolonger par du sommeil. 	<p>PRENDRE LA TEMPERATURE DES QUE POSSIBLE</p> <p>SI TEMPERATURE INFERIEURE A 38.5° Rester calme et faire évacuer les autres élèves Noter l'heure de début et fin de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> Allonger l'enfant, enlever tables et chaises sur lesquelles il pourrait se blesser. Enlever les lunettes et objets qui pourraient blesser l'enfant Ne pas essayer de contenir l'enfant, le laisser libre de ses mouvements. Ne RIEN mettre dans la bouche de l'enfant. IL NE VA PAS AVALER SA LANGUE. Dès que possible, tourner l'enfant sur le côté, en position latérale de sécurité. Attendre que l'enfant récupère. S'il a perdu ses urines, le couvrir afin d'éviter toute gêne au réveil. Laisser la crise suivre son cours. Ne pas laisser l'enfant seul, lui parler pour le rassurer. Après la crise, l'enfant reste confus et désorienté pendant quelques minutes. Avertir les parents. <p>SI TEMPERATURE SUPERIEURE A 38.5°</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas d'absence de l'infirmière de l'établissement, appeler le SAMU (15), décrire les signes d'appel et attendre les consignes pour administrer le traitement prescrit ci-dessous : antipyrétique à la dose adéquate (dose/kg) : Avertir les parents
<p>EN CAS DE CRISES PROLONGEES > 5 MINUTES</p> <p>Si la phase de secousses dure plus de 5 minutes ou si la crise se répète.</p>	<p>APPEL SAMU (15) EN URGENCE, DECRIRE LES SIGNES D'APPEL ET ATTENDRE LES CONSIGNES POUR ADMINISTRER LE TRAITEMENT PRESCRIT CI-DESSOUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Avertir les parents.



Choix du traitement

<input type="checkbox"/> Pas de traitement spécifique (laisser la crise suivre son cours sans administrer de traitement, rassurer l'enfant)							
<input type="checkbox"/> Traitement par MIDAZOLAM - seringue prête à l'emploi, sans aiguille Nom du médicament : Dose prescrite : Date de péremption : Prêt à mettre dans la bouche entre la gencive et la joue pour absorption par la muqueuse.							
<input type="checkbox"/> Traitement par DIAZEPAM-intra-rectal (IR) Nom du médicament : Dose prescrite : Date de péremption :							
<input type="checkbox"/> Autre traitement : Dose prescrite : Date de péremption :							

En cas d'hospitalisation de l'enfant, informer l'infirmière et/ou médecin de PMI



TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

Contenant médicaments fournis par les parents

Joindre l'ordonnance

- Emplacement de la trousse (dans un endroit frais et sec et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :
.....

ENFANT : Nom : Prénom(s) :

- Contenu obligatoire de la trousse (**vérifier la date de péremption**)

- **Boîte de Midazolam** (1 seringue pré-remplie sans aiguille)

Dates de péremption :/...../.....

- **Autre traitement** :

Dates de péremption :/...../.....

- **Vérification du contenu faite le** :/...../..... **Par** : **Signature** :

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

le/...../..... à

Je soussigné..... mère, père, représentant légal, demande / autorise la mise en place du protocole d'urgence prescrit par le Dr..... en date du

Tél. :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil qui sont tenus au respect du secret professionnel.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature des parents / Tuteur légal	Signature du Médecin traitant / Spécialiste Nom / Prénom	Signature du médecin de PMI Nom/Prénom
Signature du Directeur / de la Directrice Nom/Prénom	Signature de l'infirmière Nom/Prénom	Signature du représentant collectivité Nom/Prénom
Signature autre professionnel Nom/Prénom	Signature autre professionnel Nom / Prénom	Signature autre professionnel Nom / Prénom

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des documents (et de ses annexes).
Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- ✓ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
- ✓ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- ✓ Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Date :			
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Directeur d'école (nom et signature)	Médecin(s) (cachet et signature)
	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Date :			
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Directeur d'école (nom et signature)	Médecin(s) (cachet et signature)
	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants