



Projet d'Accueil Individualisé

Drépanocytose

Elève

Nom

Prénom

Né le :

Scolarisé en :

Etablissement : *Ecole Séminaire collège Ste Marie*

Année scolaire :

Personnes à contacter (*Téléphone*)

Les urgences :

Téléphone standard : 15

Téléphone portable : 112

Parents :

	PERE	MERE	Représentant légal si autre
Nom			
Domicile	0596	0596	
Travail			
portable	0696	0696	

Autre personne à prévenir, désignée par les parents, si eux-mêmes ne sont pas joignables :

Lien à la famille :

Nom :

Tél :

Médecin le plus proche : Nom :

Tél :

Médecin traitant : Nom :

Tel :

Adresse :

Téléphone :

Médecin spécialiste suivant l'enfant : Nom :

Tel :

Spécialité :

Adresse :

Nom

Prénom

né(e) le :

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussignée....., père, mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements fournis par mon médecin traitant le Dr.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire.

Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

<i>FONCTION</i>	<i>NOM</i>	<i>SIGNATURE</i>	<i>DATE</i>
Chef d'établissement			
Médecin scolaire			
Infirmière scolaire			
Parents			

NOM :

Prénom :

ANNEE SCOLAIRE 20.../20....

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Double jeu de livres ▪ Autorisation de boire à volonté en classe ▪ Autorisation de sortie de classe pour aller aux toilettes ▪ Nécessité d'un lieu de repos où l'élève peut s'allonger : ▪ Eviter l'attente au restaurant scolaire ▪ Demande de tiers-temps : ▪ Soutien scolaire en cas d'absence : ▪ Faire suivre le PAI en cas de changement de classe, ou de déplacement hors de l'école 	
AMENAGEMENTS PARTICULIERS DURANT LES ACTIVITES PHYSIQUES	
<p>Inaptitude : totale <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">partielle <input type="checkbox"/></p> <p>IMPORTANT : éviter l'essoufflement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sont contre-indiqués : <ul style="list-style-type: none"> ○ Endurance, cross, sports de compétition ○ Sport en apnée, plongée sous-marine ▪ Les activités physiques doivent être entrecoupées de périodes de repos et d'hydratation, <u>boire abondamment</u> ▪ Port de casquette et éviter l'exposition au soleil ; ▪ Arrêter l'effort si fatigue
<p><u>Concernant la Natation</u></p> <p>IMPORTANT : <u>éviter le refroidissement</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La natation est autorisée quand les conditions climatiques sont adéquates (tems sec, température de l'eau supérieure à 25°C) ▪ La durée de l'immersion dans l'eau doit être limitée à des périodes de 20 minutes au bout desquelles l'élève doit se sécher et se réchauffer.

PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

Signes d'appel :	Mesures à prendre :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pâleur, ictère conjonctival important (= yeux jaunes) ▪ Douleurs : ▪ Difficultés respiratoires ▪ Fièvre ▪ Troubles neurologiques : maladresse, paralysie, convulsions ▪ Troubles de la vue 	<p>Appeler les parents et :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre au repos ▪ Faire boire de l'eau ▪ Donner : <p>(joindre un double de l'ordonnance)</p>

▪ **Référents à contacter :**

Parents

Centre 15 (112 sur portable) : transmettre un double du PAI en cas de transfert Urgences pédiatriques

CH Lamentin : 0596 57 12 31

Autres :

DATE :

Parents

Chef d'établissement

Médecin traitant

Médecin EN