

Madame, Monsieur, parents de l'élève :

.....
Scolarisé(e) au LEGT « Sarda Garriga

Madame, Monsieur,

Lors de l'inscription il a été fait mention que votre enfant était susceptible de présenter une **allergie alimentaire**.

Cette pathologie peut nécessiter certaines précautions voire un traitement ou des soins dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

Rectorat

Service Médical
En faveur des élèves

2016-2017

Affaire suivie par
William SPINEL

Téléphone
02 62 58 12 12

Fax
02 62 58 59 73

BP 56
70, centre commercial
97440 Saint-André

Site internet
ce.9741158R@ac-reunion.fr

Or, l'admission dans ces établissements d'adolescents atteints d'allergies alimentaires pour lesquels des mesures particulières doivent être prises s'effectue selon certaines règles précisées par la circulaire N° 2003-135 du 8 Septembre 2003 et nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)**.

Le médecin de l'Éducation nationale est réglementairement chargé de la mise en œuvre du Projet d'Accueil Individualisé d'après les informations fournies par le médecin traitant de votre enfant, en étroite concertation avec vous, l'infirmière d'établissement et l'ensemble des personnels concernés.

Toutefois, ce Projet d'Accueil Individualisé ne sera mis en place qu'à votre demande expresse : je vous invite donc à me manifester votre volonté en me faisant retour du présent document, signé de votre main, après avoir coché la case de votre choix :

- NON**, je ne désire pas que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.
- OUI**, je désire que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.

Et, dans ce dernier cas, vous voudrez bien :

- 1° **faire compléter l'imprimé ci-joint par le médecin traitant de votre enfant,**
- 2° **y joindre un bilan allergologique récent,**
- 3° **y joindre également l'ordonnance correspondant aux éventuels soins d'urgence.**

Ces documents devront m'être retournés sous pli cacheté. Votre enfant fera alors l'objet d'une consultation médicale effectuée par mes soins.

A noter qu'il vous appartient par ailleurs de **fournir à l'infirmière d'établissement les médicaments éventuellement prescrits par votre médecin.**

Pour tout renseignement, l'infirmière d'établissement est à votre disposition.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Dr William SPINEL
Médecin de l'Éducation nationale

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

SERVICE MEDICAL DE SANTE SCOLAIRE

Centre Médico-Scolaire

70, centre commercial

97 440 Saint-André

☎ 0262 58 12 12

Année Scolaire 2018 / 2019

Etablissement scolaire : « LEGT SARDA GARRIGA

»

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénoms :

Nom des parents ou du représentant légal :

Date de naissance :

Adresse : Tél :

Classe : Type de scolarisation : Temps plein Temps partiel Temps partiel + CNED

COORDONNEES DES PARTIES PRENANTES

- Chef d'Etablissement :

Nom : Mr MARCINIAK..... Tél : 0262 58 58 81

- Médecin de l'Education Nationale :

Nom : **Dr William SPINEL** Tél : 0262 58 12 12

- Infirmière de l'Education Nationale :

Nom : Laurence d'HERVE..... Tél : 0262 58 58 85

- Médecin traitant :

Nom : Tél :

- Service spécialisé :

Nom : Tél :

- Représentant d'association :

Nom : Tél :

- Autre :

Nom : Tél :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accessibilité des locaux scolaires : rez-de-chaussée ou ascenseur | <input type="checkbox"/> Horaires adaptés |
| <input type="checkbox"/> Aménagement spécifique au sein de la classe (place, mobiliers adaptés) | <input type="checkbox"/> Double jeu de livres |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'une tierce personne (rôle - durée à préciser) | <input type="checkbox"/> Lieu de repos |
| <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Restauration : régime alimentaire ou panier repas |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin | <input type="checkbox"/> Sanitaires |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) |

| Indication des temps d'accueil scolaire, de soins, de déjeuners à la cantine et des éventuelles activités péri-scolaires | | | | | |
|--|-------|----------|-------|----------|--------|
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

AMENAGEMENTS PARTICULIERS DANS LE CADRE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Locaux pour soins particuliers :

- local discret pour la kinésithérapie ou les soins local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)

1- Traitement médical (Prise de médicament par voie orale, inhalée et auto injectable en application de l'ordonnance précisant la marche à suivre et sur demande écrite des parents) :

2- Soins particuliers (éventuellement assurés par le Service Promotion de la Santé en accord avec le médecin traitant) :

3- Régime alimentaire ou panier repas

4- Protocole d'intervention en cas d'urgence signé par le médecin traitant et adressé au médecin de l'Education Nationale précisant :

| Les signes d'appel | Les mesures à prendre | Les informations à fournir au médecin d'urgence |
|--------------------|-----------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

NB : les ordonnances et les médicaments spécifiques (qui doivent être accessibles à tous moments) seront remis au chef d'établissement ou à l'infirmière

AUTRES AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR

1- Enseignement de l'éducation physique et sportive :

2- Transports scolaires :

3- Classes transplantées :

4- Déplacements scolaires en dehors de l'école :

Signatures des parties prenantes

SAINT-ANDRE, le

Parents
Tuteur légal

Médecin traitant
Médecin spécialiste

Médecin de l'Education
Nationale

Infirmière de
l'Education Nationale

Chef d'établissement

Professeur Principal

Autre signataire