

**PAI A.A / A.H**  
**(PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE)**  
**ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021**

1) COURRIER DE L'INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sous « parents de l'élève »
- Cocher la case « oui », signer et dater au bas du courrier

2) PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

LES PARENTS SONT INVITES A REMPLIR **UNIQUEMENT** LES CADRES SUIVANTS :

- « Coordonnées de l'élève »
- « Coordonnées / contacts prioritaires : mère / père / autre personne responsable »
- « Signature des personnes concernées »

LE MEDECIN EST INVITE A REMPLIR **UNIQUEMENT** LES CADRES SUIVANTS :

RECOMMANDATION :

**▲ Prescription initiale par un allergologue de l'adrénaline auto-injectable en cas d'anaphylaxie**

- « Besoins spécifiques de l'enfant »
- « Restauration scolaire »
- « Coordonnées du médecin traitant ou spécialiste »
- « Protocole d'urgence » (si autre traitement, joindre fiche technique d'injection)
- « Signature des personnes concernées »
- « Fiche de liaison accompagnant le PAI AA en cas d'anaphylaxie avec prescription d'auto-injecteur d'adrénaline »

S'il y a prescription d'un traitement, le PAI doit impérativement être accompagné de l'ordonnance ainsi que des médicaments (**veuillez vérifier la date de péremption qui doit, au minimum, expirer en juillet 2021**).

**AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,  
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE LE PAI ACCEPTE**

---

## REFUS DU PAI

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sur le courrier de l'infirmière de l'Education Nationale,
- Cocher la case « non », signer et dater au bas du courrier

**AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,  
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE LE PAI REFUSE**

L'infirmière de l'Education Nationale

A

Madame, Monsieur, parents de l'élève

.....

Madame, Monsieur,

Lors de l'inscription, il a été fait mention que votre enfant était susceptible de présenter **une allergie alimentaire ou une allergie aux venins d'hyménoptères**. Cette pathologie peut nécessiter certaines précautions voire un traitement ou des soins dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

Or, l'admission dans ces établissements d'adolescents atteints d'allergies 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.)**.

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 et daté 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.

Si vous refusez le P.A.I, votre enfant devra remettre à l'infirmière ce courrier coché « non ». Veuillez signer et dater ledit courrier.

Si vous acceptez le P.A.I., votre enfant devra remettre à l'infirmière l'imprimé du P.A.I. ci-joint rempli par son médecin traitant/spécialiste accompagné des médicaments qu'il vous appartient de fournir (et dont il est de votre responsabilité de vérifier la date de péremption) ainsi que de l'ordonnance.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

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

Laurence d'HERVE  
Infirmière lycée Sarda Garriga

Nom de l'établissement

# Projet d'Accueil Individualisé A.A / A.H

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)  
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

PHOTO  
facultatif

**Recommandation : prescription initiale par un allergologue  
de l'adrénaline auto injectable en cas d'anaphylaxie**

Année scolaire : .....

**AVERTISSEMENT POUR LES PARENTS :** La décision de relever des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de trouble de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnes sont elles-mêmes astreintes au secret professionnel et ne transmettent entre elles que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

## COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom(s) : .....  
Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M  F  Classe : ..... Restauration scolaire  Garderie

## BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT (cocher la mention retenue)

PAI pour risque anaphylactique (adrénaline) oui  non  (Si OUI, cf. conduite à tenir au verso)  
PAI pour éviction simple de l'aliment   
Traces autorisées oui  non  (si traces non autorisées, fiche de liaison à remplir obligatoirement cf page 4)  
ALIMENTS INTERDITS : .....

Ne pas manipuler certains matériaux en cas d'allergie connue

ACTIVITÉS (Arts plastiques, cuisine...) : .....  
fruits à coque, cacahuète (arachide)  pâte à modeler  pâte à sel   
produits de coiffure/cosmétique  insectes à venin : abeilles, guêpes...   
Autres : .....

## RESTAURATION SCOLAIRE

### CANTINE

Menus habituels avec éviction simple des aliments concernés (lecture des menus par les parents)   
Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective   
Paniers repas   
Cantine non autorisée (cas exceptionnel)

Autres : .....

### GOUTERS :

Consommation des goûters habituels avec éviction simple   
Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

## COORDONNÉES / CONTACTS PRIORITAIRES

**Coordonnées de la mère :** Nom et Prénom(s) : .....  
Domicile : 0262 ..... GSM : 069 ..... travail : .....  
**Coordonnées du père :** Nom et Prénom(s) : .....  
Domicile : 0262 ..... GSM : 069 ..... travail : .....  
**Autre personne responsable :** Nom et Prénom(s) : .....  
Domicile : 0262 ..... GSM : 069 ..... travail : .....

## REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

Médecin traitant : Nom /Prénom : ..... ☎ : .....  
Médecin spécialiste : Nom /Prénom : ..... ☎ : .....  
Médecin de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ..... ☎ : .....  
Infirmière de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ..... ☎ : .....

## PROTOCOLE D'URGENCE

**Évaluation immédiate de la gravité de la réaction allergique pendant ou juste après avoir mangé ou avoir été piqué par un insecte**

### RÉACTION D'EMBLÉE GRAVE

- ☞ la voix change
- ☞ l'enfant respire mal, tousse, siffle
- ☞ l'enfant a très mal au ventre, vomit
- ☞ l'enfant se sent mal ou bizarre, fait un malaise
- ☞ l'enfant se gratte intensément surtout paumes des mains et plantes des pieds

**ACTION 1**  
D'URGENCE 2

**Cela peut être grave et encore plus si plusieurs de ces signes sont associés**  
**Conduite à tenir**



- 1/ Allonger l'enfant ou le laisser demi assis en cas de gêne pour respirer
- 2/ appeler le SAMU (15 ou 112)
- 3/ en **URGENCE** Injecter l'adrénaline dans la face externe de la cuisse : ANAPEN, JEXT, EPIPEN, EMERADE
- 3/ si gêne pour respirer : faire inhaler le bronchodilatateur (VENTOLINE) : 10 bouffées du spray bleu avec la chambre d'inhalation en gardant le masque, à renouveler au bout de 10 min si la gêne persiste
- 4/ autres :
- 5/ en l'absence d'amélioration, interroger le SAMU (15 ou 112) orienter vers un service d'accueil urgences

**NOTER LA DATE,**  
**L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE**  
**RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**

### RÉACTION PARAIT MODÉRÉE

- ☞ la bouche pique ou gratte, le nez coule
- ☞ les lèvres gonflent
- ☞ l'enfant a des plaques rouges qui grattent
- ☞ l'enfant a un peu mal au ventre, envie de vomir

**Mais l'enfant parle et respire bien**  
**Conduite à tenir**

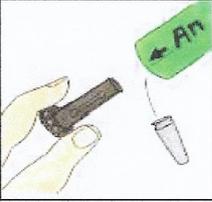
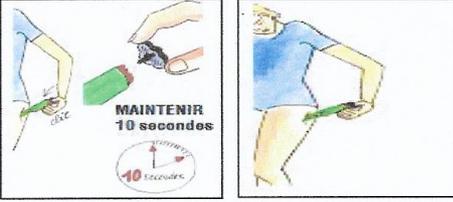
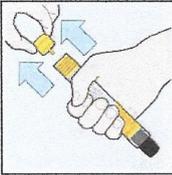
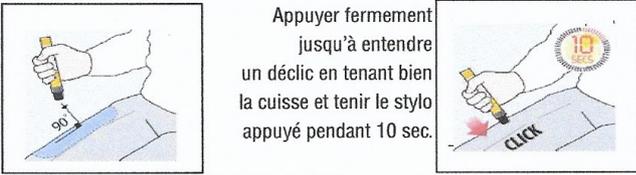


**Administrer :**

- 1/ anti Histaminique : .....
- 2/ autres (corticoïdes) : .....
- 3/ surveiller l'enfant
- 4/ prévenir les parents
- 5/ si **AGGRAVATION**, Traiter comme une réaction grave

**NOTER LA DATE,**  
**L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE**  
**RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**

## TECHNIQUES D'INJECTION DE L'ADRENALINE :

<input type="checkbox"/> <b>Traitement par ANAPEN®</b>			
Retirer le capuchon noir protecteur de l'aiguille		Retirer le bouchon noir protecteur, appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse et appuyer sur le bouton rouge de déclenchement et maintenir appuyé 10sec, puis masser la zone.	
<input type="checkbox"/> <b>Traitement par JEXT®/ EPIPEN®</b>			
Retirer le bouchon		Placer l'extrémité noire (JEXT) ou orange (EPIPEN) du stylo injecteur	
<input type="checkbox"/> <b>Autre traitement :</b> ..... (joindre fiche technique d'injection)			

En cas d'hospitalisation de l'enfant, veuillez prévenir le médecin de PMI / Education Nationale



## TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

contenant médicaments fournis par les parents, accessible à tout moment  
JOINDRE L'ORDONNANCE

ENFANT : Nom : ..... Prénom(s) : .....

Emplacement de la trousse (à conserver de préférence au réfrigérateur ou un endroit frais et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) : .....

• Contenu obligatoire de la trousse (vérifier la date de péremption, notez le nom de la personne)

- Antihistaminique : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

- Broncho-dilatateur + chambre d'inhalation : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

- Adrénaline injectable (2 STYLOS) : ..... Dates de péremption : ...../...../.....  
(RECOMMANDATION : 1ère prescription par un allergologue)

- Corticoïdes : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

- Autre : ..... Dates de péremption : ...../...../.....

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

### SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNÉES

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 de l'Élève	Signature du Médecin traitant / Spécialiste
Signature du médecin PMI / EN	Signature de l'infirmière / puéricultrice	Signature du Directeur / Directrice
Signature de l'Enseignant principal	Signature du représentant collectivité	Signature de la restauration

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

### RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ Á LA DEMANDE DES PARENTS

- ☞ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire.
- ☞ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique pour 1 année.
- ☞ Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Modification : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Date :	
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Directeur d'école ou chef d'établissement (Nom et signature)	
	Médecin(s) (Cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

## Fiche de liaison accompagnant le PAI AA en cas d'anaphylaxie avec prescription d'auto-injecteur d'adrénaline

Fiche de liaison entre le médecin prescripteur et le médecin de l'Education Nationale / PMI  
Informations destinées au personnel encadrant l'élève sur le temps scolaire et périscolaire

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Age : .....

### L'ÉLÈVE et SON ALLERGIE

- aliments interdits : .....
- forme cuite autorisée :  oui  non
- histoire de l'allergie : .....
  - âge de début de l'allergie : .....
  - signes présentés : .....
  - dose de l'aliment ingéré : .....
- suivi allergique :  oui  non date de la dernière consultation : .....
- une réintroduction (y compris accidentelle) de l'aliment a-t-elle été réalisée depuis la première réaction :  oui  non
- lieu de la réintroduction si elle a eu lieu :  à domicile  à l'hôpital
- s'il y a eu une réaction quels étaient les signes présentés, à quelle dose ingérée ? : .....

### COMPÉTENCES DE L'ÉLÈVE/ (DE LA FAMILLE) VIS A VIS DE SON ALLERGIE

- connaît-il son régime d'éviction?  oui  non
- sait-il refuser un aliment en cas de doute?  oui  non
- sait-il lire un étiquetage industriel ?  oui  non
- sait-il reconnaître les signes d'anaphylaxie et leur gravité?  oui  non
- connaît-il la conduite à tenir en cas d'urgence?  oui  non
- sait-il réaliser l'auto-injection avec le stylo auto-injecteur d'adrénaline?  oui  non

### PRUDENCE PARTICULIÈRE vis à vis du risque anaphylactique

Si l'élève présente un ou plusieurs de ces facteurs de risque reconnus de réaction sévère :

- asthme :  oui  non traitement de fond actuel : .....
- âge :  adolescence  petit enfant (< 6 ans)
- ATCD anaphylactique :  oui  non
- réaction allergique survenue à l'effort :  oui  non
- allergène courant ne faisant pas partie de la déclaration obligatoire des 14 allergènes :  oui  non
- maladie spécifique liée à l'allergie :  oui  non si oui laquelle : .....

## LISTE DES 14 ALIMENTS ALLERGÈNES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE



- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut, ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales</li><li>2. crustacés et produits à base de crustacés</li><li>3. œufs et produits à base d'œuf</li><li>4. poissons et produits à base de poisson</li><li>5. arachides et produits à base d'arachide</li><li>6. soja et produits à base de soja</li><li>7. Lait et produits à base de lait (y compris lactose)</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>8. fruits à coque (amande, noisette, noix, noix de cajou, noix de macadamia, noix du Brésil, de Queensland, pistache, et produits à base de ces fruits</li><li>9. céleri et produits à base de céleri</li><li>10. moutarde et produits à base de moutarde</li><li>11. graines de sésame et produits à base de sésame</li><li>12. anhydride sulfureux et sulfites en concentration &gt; 10mg/kg ou 10 mg/l (exprimés en SO<sub>2</sub>)</li><li>13. lupin et produits à base de lupin</li><li>14. mollusques et produits à base de mollusques</li></ol> |
|--|--|

**ATTENTION**

### NE RELÈVENT PAS DE RENOUVELLEMENT DE PAI :

- ☞ allégations d'allergie alimentaire par l'entourage familial pour lesquelles l'enquête diagnostique ne confirme pas l'existence d'une allergie alimentaire
- ☞ sensibilisations à des allergènes sans symptôme clinique associé.
- ☞ symptômes digestifs chroniques ou récidivants pour lesquels la procédure diagnostique a éliminé une allergie alimentaire.
- ☞ allergie alimentaire de la petite enfance cliniquement guérie.
- ☞ réaction aux venins d'insecte révélée par des manifestations cutanées locales ou locorégionales.