

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

POUR LE TEMPS PLACÉ SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉDUCATION NATIONALE

circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)  
circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06)  
décret n° 2015-447 du 17 avril 2015 relatif à l'information des consommateurs sur les  
allergènes et les denrées alimentaires non préemballées

Photo enfant

**Une réaction allergique !  
Vite je réagis !**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Établissement : .....

Scolarisé(e) en : ..... Année scolaire : .....

Je soussigné, ..... représentant légal, demande pour mon  
enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole  
d'intervention du Docteur.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement  
d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

### **PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE RÉACTION** (téléphone)

- Samu : **15** ou **112** (téléphone portable)
- Domicile des parents :
- Père : portable ..... travail : .....
- Mère : portable ..... travail : .....
- Autre personne : .....
- portable : ..... travail : .....
- Médecin traitant (allergologue, ...) : .....

## La trousse d'urgence doit toujours être accessible avec un double de ce document, et suivre l'enfant en cas de déplacement scolaire

Endroit où se trouve la trousse d'urgence : .....

Besoins spécifiques de l'élève : .....

.....

- **En cas de changement d'enseignant, lui faire suivre l'information de façon prioritaire**
- **Les parents doivent vérifier la date de péremption des médicaments et les renouveler dès qu'ils sont périmés.**

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #f08080; margin-right: 5px;"></div> <div> <p><b>EIPEN</b></p>  </div> </div>	 <p>Enlever le capuchon bleu</p>	 <p>Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	 <p>Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p>	 <p>Puis massez la zone d'injection</p>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #f08080; margin-right: 5px;"></div> <div> <p><b>JEXT</b></p>  </div> </div>	 <p>Enlever le bouchon jaune</p>	 <p>Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	 <p>Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant la cuisse et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p>	 <p>Puis massez la zone d'injection</p>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #f08080; margin-right: 5px;"></div> <div> <p><b>ANAPEN</b> Code: 34-009</p>  </div> </div>	 <p>Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille</p>	 <p>Retirer le bouchon noir protecteur</p>	 <p>Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	 <p>Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenir appuyé pendant 10 sec. Puis masser la zone d'injection</p>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #f08080; margin-right: 5px;"></div> <div> <p><b>EMERADE</b></p>  </div> </div>	 <p>Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille</p>	 <p>Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes</p>	 <p>Masser légèrement le site d'injection</p>	

Date : .....

Noms et Signatures :

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution	Autres personnes présentes
Responsable de l'établissement	Responsable de la collectivité

Élève : (nom, prénom, date de naissance)

Protocole rédigé le :

Par (signature et cachet de l'allergologue) :

## UNE RÉACTION PENDANT OU JUSTE APRÈS AVOIR MANGÉ

J'ÉVALUE IMMÉDIATEMENT LA GRAVITÉ DE LA RÉACTION

### RÉACTION GRAVE ?

Ma voix change  
Je respire mal, je siffle  
Je tousse  
J'ai très mal au ventre  
Et je vomis  
Mes mains, mes pieds et ma tête me démangent  
Je me sens bizarre  
Je fais un malaise  
Autres signes :

### ATTENTION !

Cela peut être grave et encore plus si plusieurs de ces signes sont associés

### LES BONS RÉFLEXES

- 1- Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne respiratoire
- 2- **INJECTER** dans la face antéro-externe de la cuisse : .....
- 3- **PUIS** APPELER LE SAMU (15 ou 112)
- 4- Si gêne respiratoire, inhaler avec la chambre d'inhalation : ..... bouffées de :  
.....  
par prise selon la gêne qui peuvent être renouvelées toutes les ..... mn  
.....
- 5- En attendant les secours, si les symptômes persistent, une 2<sup>ème</sup> injection de .....  
.....  
peut être réalisée après 5 mn ou plus

### RÉACTION LÉGÈRE ?

Ma bouche pique ou gratte  
Mon nez coule  
Mes yeux piquent  
Mes lèvres gonflent  
J'ai des plaques rouges qui grattent  
J'ai un peu mal au ventre  
Et j'ai envie de vomir  
Autres signes :

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN

### LES BONS RÉFLEXES

- 1-
- 2-
- 3 - prévenir le SAMU et les parents
- 4 - surveiller l'enfant jusqu'à disparition des symptômes
- 5- prévoir une consultation médicale

### EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION

J'évalue de nouveau la gravité de la situation

## PROTOCOLE D'URGENCE À REMPLIR PAR L'ALLERGOLOGUE

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Poids : .....

### Allergies à :

Préciser les spécificités de l'enfant (*gravité antérieure, réaction sur traces ou en inhalation, asthme...*) et si facteurs aggravants (*chaud, froid, effort, cause inconnue...*)

### Trousse d'urgence (joindre ordonnance)

(Barrer mention inutile)

- Adrénaline :
- Bronchodilatateur :
- Corticoïde :
- Antihistaminique :
- Chambre d'inhalation :

**Restauration scolaire et goûters : propositions du médecin allergologue** (en fonction de la maturité de l'élève et sous réserve de l'acceptation de la collectivité)

- Non autorisés
- Paniers repas et goûter famille
- Repas garanti sans allergène par la restauration et goûter famille
- Menus habituels et goûters avec éviction gérée par l'enfant après vérification des menus sur la présence d'allergènes selon la réglementation INCO
- Autres aménagements : .....

- 
- Activités (arts plastiques, cuisine ...) : .....
  - Ne pas manipuler : .....
  - Voyages scolaires (bus...) : .....
  - EPS/effort physique : .....

**Signature et cachet de l'allergologue :**

**Date :**