

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Le protocole est destiné à régir l'accueil dans notre structure de votre enfant, qui a des besoins spécifiques et/ou nécessite un accompagnement particulier.

ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Groupe de

Année scolaire :

PERSONNE A CONTACTER

Domicile des parents:

Portable du père :

Portable de la mère :

Téléphone professionnel du père :

Téléphone professionnel de la mère :

Médecin traitant :

Médecin scolaire :

SAMU : 15 (112 sur portable)

PARTIES PRENANTES

Les parents : Monsieur et (ou) Madame :

Le responsable de l'établissement :

Le médecin traitant:

Le médecin scolaire :

**UNE INTOLERANCE ALIMENTAIRE JUSTIFIEE PAR UN CERTIFICAT MEDICAL
DONNE LIEU AU PROTOCOLE SUIVANT :**

Eviction par la jardinière au moment du goûter des aliments non autorisés

*** Cantine scolaire : (cocher la mention retenue) :**

non autorisé

paniers repas familiaux autorisés

régimes spécifiques garantis par la cantine

menus habituels sous réserve d'éviction simple

Faire suivre l'information en cas de changement de jardinière

UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE DONNE LIEU AU PROTOCOLE SUIVANT :

Aucune prise alimentaire en dehors des goûters apportés par l'enfant lui-même sauf accord préalable des parents

*** Cantine scolaire : (cocher la mention retenue) :**

non autorisé

paniers repas familiaux autorisés

régimes spécifiques garantis par la cantine

menus habituels sous réserve d'éviction simple :

*** Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin déposé dans l'établissement :**

Endroit où est déposée la trousse d'urgence :

Cette trousse doit également contenir un double de ce document.

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

*** En cas de déplacement scolaire :**

Emporter la trousse avec le double de ce document

*** En cas de changement de jardinière**

Faire suivre l'information de façon prioritaire

EN CAS D'URGENCE (à faire remplir par le médecin allergologue ou le médecin scolaire).

SIGNES D'APPEL :

SYMPTOMES VISIBLES :

MESURES A PRENDRE DANS L'ATTENTE DES SECOURS

TRAITEMENT MEDICAL : (en cas d'allergie compléter l'annexe ci jointe)

ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des paragraphes et des annexes du présent document et s'engagent à respecter les modalités définies.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les allergies les parents sont responsables de la constitution de l'équipement personnel de leur enfant (ex; trousse individuelle, panier repas) et s'engagent à transmettre au médecin scolaire une copie de chaque nouveau bilan médical.

DATE :

SIGNATURE :

Parents

Responsable de

Médecin

Médecin

l'établissement

scolaire

traitant ou allergologue

Annexe

TRAITEMENT MEDICAL

Nom :

Prénom :

Poids :

Date de naissance :

Etablissement :

ALLERGIE A

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (déposée à l'école)

* Antihistaminique :

*Corticoïdes ;

*Broncho-dilatateur :

*Adrénaline injectable :

*Autres :

SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITES A TENIR
Si crise d'asthme	<ul style="list-style-type: none"> - respiration difficile - Impression d'étouffer et /ou - difficultés de parler et/ou - Sifflements et/ou - Toux 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire inhaler avec une chambre d'inhalation 2 bouffées : - si pas d'amélioration dans les 2 minutes faire à nouveau inhaler 2 bouffées de : - si pas d'amélioration dans les trois minutes :
Si crise d'urticaire généralisée	<ul style="list-style-type: none"> - Plaques rouges et démangeaisons 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire avaler
Si œdème	<ul style="list-style-type: none"> - gonflement des lèvres - gonflement du visage <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gonflement de la langue : - voix rauque et ou : - étouffement 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire avaler : <p>-----</p> <p>En plus, injecter sur la face antérieure de la cuisse</p>
Si malaise	<ul style="list-style-type: none"> Malaise avec : - démangeaisons et ou - gêne respiratoire et ou - douleurs abdominales et ou nausées, vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Injecter sur la face antérieure de la cuisse