

**Académie de Martinique**

*Insertion du logo*

# Projet d'Accueil Individualisé

**Intolérance alimentaire**

## Elève

Nom

Prénom

Né le :

Scolarisé en :

Etablissement :

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 :

**Parties prenantes :**

**Les parents :** Monsieur et (ou) Madame :

**Le responsable de l'établissement :**

**L'enseignant :**

**Le médecin traitant :**

**Le médecin scolaire :**

**L'infirmière scolaire :**

**L'élève :**

**Signatures et date :**

*Parents      Responsable établissement      Médecin Ed Nat      Médecin traitant      Maire ou son Représentant*

Joindre le protocole et le traitement adéquat

## Besoins spécifiques de l'élève intolérant alimentaire

### ➤ Les goûters

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple : .....
- Aucune prise alimentaire en dehors des goûters apportés par l'élève lui-même

### ➤ Restaurant scolaire (*cocher la mention retenue*):

- non autorisé Signature du médecin :
- paniers repas familiaux seuls autorisés
- menus habituels sous réserve d'éviction simple : ..... Signature des parents :

### ➤ Les activités d'Arts plastiques :

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, cacahuètes (= arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres précautions en classe (préciser) : .....

### ➤ Autres aménagements (*à détailler*) :

.....

## Pour tous les enfants concernés

### ➤ Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Lieu de dépôt dans l'établissement : .....
- Les trousse contenant les médicaments sont fournies par les parents
- Il est de responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Cette trousse doit également contenir un double de ce document.

### ➤ En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Emporter la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les N° de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

### ➤ En cas de changement d'enseignant : Faire suivre l'information de façon prioritaire

➤ **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire** : Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI