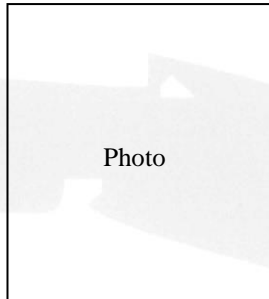


**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ  
(P.A.I.)**

**EPILEPSIE / CONVULSION FEBRILE**



ANNEE 20\_\_

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**Enfant concerné**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Adresse du domicile de l'enfant : \_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté par l'enfant : \_\_\_\_\_

**Parties prenantes**

➔ Coordonnées des responsables légaux de l'enfant

Nom – Prénom	Adresse (si différente de l'enfant)	Téléphone
<input type="checkbox"/> Mère :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Père :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail

➔ Responsable de l'établissement : \_\_\_\_\_

➔ Médecin de crèche : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

➔ Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

➔ Médecin spécialiste ou Service spécialisé : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Référents à contacter en cas d'urgence**

Parents ou responsables légaux

**SAMU 15**

Médecin traitant ou service spécialisé

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_



Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

## Protocole d'urgence en cas de crise ou malaise aigu

### Localisation de la trousse d'urgence

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.  
Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.

**La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.**

### Composition de la trousse d'urgence et consignes d'administration

**Rappel : aucune administration intra-rectale.**

### Signes d'appel

- Perte de connaissance brutale
- Mouvements anormaux
- Chute spontanée

- Absence : brève période de non réceptivité
- Autres :

### Signes de fin de crise

### Recommandations générales

- Rester calme et faire évacuer les autres enfants
- **Noter l'heure de début de la crise**
- Laisser l'enfant allongé par terre sans essayer de le contenir et éloigner tout risque de traumatisme
- Quand les mouvements ont cessé, desserrer ses vêtements, le mettre sur le côté, le couvrir
- Ne rien lui donner à boire ni à manger
- **Noter l'heure de fin de crise**
- Appeler le SAMU 15 – Appliquer les consignes données par le médecin du SAMU
- Appeler la famille

### Recommandations spécifiques à l'enfant

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

**Aménagements à mettre en oeuvre**

☞ L'enfant peut-il pratiquer toutes les activités sportives ?       Oui       Non  
Si non, lesquelles sont à proscrire ou à adapter (en particulier natation, escalade et activité en hauteur) ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

☞ Adaptations pédagogiques nécessaires au quotidien.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

☞ Autres :

.....  
.....  
.....  
.....

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

**Signataires**

Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :
Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :

**Reconduction du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)**

- ➔ Ce document nécessite **un renouvellement chaque début d'année** ( le PAI est valable sur l'année civile du 1er janvier au 31 décembre) **à la demande des parents.**
- ➔ Si aucune modification dans le traitement ou protocole n'est intervenue, le présent Projet d'Accueil Individualisé est reconduit à l'identique.
- ➔ Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance médicale en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte des dates de péremption.

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
<b>Signataires</b>	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
<b>Signataires</b>	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	