



# PAI ALLERGIES ALIMENTAIRES

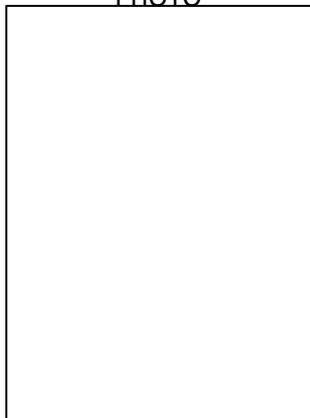
Projet d'Accueil Individualisé

Date: .....

PAI initial

PAI de suivi

PHOTO



|   |                      |
|---|----------------------|
| Nom(s) de l'élève:                      | Prénom(s):           |
| Matricule:                              | Cycle/classe:        |
| Etablissement scolaire/SEA:             | Adresse:<br>Commune: |
| Nom(s) représentant légal/parents:      | Adresse:             |
| 1.                                      | 1.                   |
| 2.                                      | 2.                   |
| Téléphone<br>Maison:<br>Bureau:<br>GSM: | E-mail:              |

## Délégation de soins :

Je soussigné, .....  
Représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence du Dr .....  
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnels en charge de mon enfant : école, équipe de santé scolaire, équipe psychologique.

- Il est de ma responsabilité de:
- vérifier la date de péremption des médicaments
  - de les renouveler dès qu'ils sont périmés
  - en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

Date et signature du représentant légal:

### ➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom: ..... Signature: ..... date: .....

### ➤ Médecin Scolaire:

Nom: ..... Signature: .....

PAI reçu le: ..... transmis à: ..... date: .....

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

### PERSONNEL ENCADRANT

|                          | Nom | Fonction | Téléphone |
|--------------------------|-----|----------|-----------|
| Equipe de Santé scolaire |     |          |           |
| 1.                       |     |          |           |
| 2.                       |     |          |           |
| Enseignants responsables |     |          |           |
| 1.                       |     |          |           |
| 2.                       |     |          |           |
| 3.                       |     |          |           |
| 4.                       |     |          |           |
| 5.                       |     |          |           |
| 6.                       |     |          |           |
| Directeur                |     |          |           |

### MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

|                    | Nom | Adresse | Téléphone |
|--------------------|-----|---------|-----------|
| Médecin de Famille |     |         |           |
| Spécialistes       |     |         |           |
| 1.                 |     |         |           |
| 2.                 |     |         |           |
| 3.                 |     |         |           |

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

|   |              |
|---|--------------|
| <b>INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION</b> | <b>Date:</b> |
|---|--------------|

|   |
|---|
| <b>Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI</b> |
|---|

| Nom(s) | Fonction | Signature |
|--------|----------|-----------|
| 1.     |          |           |
| 2.     |          |           |
| 3.     |          |           |
| 4.     |          |           |
| 5.     |          |           |
| 6.     |          |           |
| 7.     |          |           |
| 8.     |          |           |
| 9.     |          |           |
| 10.    |          |           |

**Remarque:** Veuillez remettre une copie du présent PAI aux personnes encadrantes:

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

**Conditions d'accueil**

*Une copie de ce formulaire est à remettre aux prestataires de restauration collective.*

|   |         |         |
|---|---------|---------|
| Allergie(s) alimentaire (s) de l'enfant : |         |         |
| Aliment(s) à exclure :                    | • ..... | • ..... |
|   | • ..... | • ..... |
|   | • ..... | • ..... |

**A) Restauration collective (cantine scolaire) – PRENDRE CONTACT AVEC LE PRESTATAIRE DE SERVICE**

---

**Régime d'éviction simple** : Les aliments susmentionnés sont exclus comme ingrédient dans le régime alimentaire de l'enfant. Les traces des aliments susmentionnés sont tolérées.

**Régime d'éviction stricte** : Les aliments susmentionnés y compris leur présence fortuite (traces, suite à une contamination croisée), sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant. L'accueil pourra se faire sous forme d'un panier repas (fourni par les parents) ou d'un plat certifié « sans allergènes » (fourni par une société spécialisée).

Remarque : Il revient au prestataire de restauration collective de déterminer ensemble avec les parents, sous quelle forme se fera l'accueil en pratique. Ceci tout en respectant les capacités et procédures internes des différentes structures d'accueil.

**B) Goûters (à l'école)**

---

Régime d'éviction simple     Régime d'éviction stricte (goûters fournis par les parents)

La distribution de fruits et légumes frais, lavés est autorisée (sauf les aliments à exclure)

**C) Activités d'arts plastiques, ateliers de cuisine**

---

Le contact avec l'/les aliment(s) suivant doit être évité :

Aucune restriction     Autres :

**D) Autres aménagements éventuels**

---

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

Date: .....      Signature et cachet du médecin : .....

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

|              |   |                   |
|--------------|---|-------------------|
| Contenu      | 1) Copie du plan d'urgence  |                   |
|              | 2) Médicaments:   |                   |
|              | 1.  |                   |
|              | 2.  |                   |
|              | 3.  |                   |
|              | 3) Autre:   |                   |
| Localisation | Infirmierie :   | Salle de classe : |
|              | Autre:  |                   |
| Remarques    | <p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence</p> <p><b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b></p> <p><b>INFORMER LES PARENTS</b></p> <p>LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT</p> |                   |

### 2) USAGE ADRENALINE AUTO-INJECTABLE :

- **oui**  (Si oui, veuillez remplir la page 6)
- **non**  (Si non, veuillez remplir la page 7)

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

## PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES

### PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

#### **REACTION SEVERE**

- Ma voix change
- J'ai du mal à parler
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal, je fais un malaise

**ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE GRAVE. FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES BONS GESTES**

**➔ 1. INJECTER LE FASTJEKT ou EIPEN :**

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|  |            |      |  |
| Enlever le bouchon bleu   | Placer l'extrémité orange à 5 cm en regard de la face extérieure de la cuisse à angle droit | Enfoncez fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir enfoncé pendant 10 secondes | Massez la zone d'injection pendant 10 secondes                                      |

**2. APPELER LE SAMU 112**

**3. AIDER A RESPIRER :**

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : .....
- corticoïde oral : .....

#### **REACTION LEGERE**

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

**MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN**

- ➔**
1. Antihistaminique : .....
  2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
  3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....

\*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

|                  |            |
|------------------|------------|
| Nom de l'enfant: | Matricule: |
|------------------|------------|

**PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :**

**REACTION LEGERE**

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

*MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN*



4. Antihistaminique : .....
5. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
6. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

**REACTION SEVERE**

- Ma voix change et / ou
- J'ai du mal à parler et /ou
- Je respire mal, je siffle, je tousse et /ou
- J'ai très mal au ventre, je vomis et /ou
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête et /ou
- Je me sens mal, je fais un malaise

*ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE GRAVE. FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES BONS GESTES*

1. **APPELER LE SAMU 112**
2. **AIDER A RESPIRER :**
  - B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : .....
  - corticoïde oral : .....
3. **Antihistaminique** : si pas déjà donné pour une réaction légère

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....

\*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie