



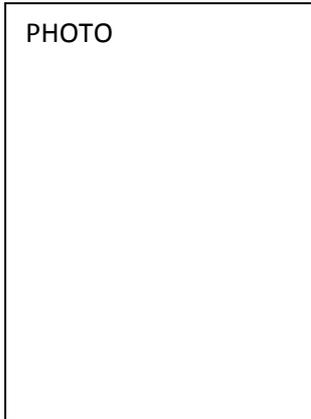
# PAI EPILEPSIE

Projet d'Accueil Individualisé

Date: .....

PAI initial

PAI de suivi



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

## Délégation de soin :

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:

**Attention: Ce document est à renouveler chaque année**

### ➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom: .....

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

### ➤ Médecin Scolaire:

Nom: .....

Signature: .....

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

À remplir par le médecin traitant:

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

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

<b>Contenu</b>	1) Copie du plan d'urgence	
	2) Médicaments: 1. 2. 3.	
	3) Autre:	
<b>Localisation</b>	Infirmierie	Salle de classe
	Autre:	
<b>Remarques</b>	<b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b> <b>En cas de déplacement scolaire: les parents sont priés de mener la trousse d'urgence de la maison</b> Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence Informez les parents en cas d'utilisation de la trousse	

### 2) Conditions d'accueil

Activité physique	Natation	Sorties et Autres
<input type="checkbox"/> non autorisée <input type="checkbox"/> autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisée <input type="checkbox"/> autorisée	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> restrictions / lesquelles	<input type="checkbox"/> Surveillance rapprochée	(à organiser par les parents)

3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

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

À remplir par le médecin traitant:

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

## PLAN D'ACTION EN URGENCE – EPILEPSIE

### En CAS de CRISE d'EPILEPSIE:

#### Symptômes:

- convulsions
- perte de conscience
- absence (perte de conscience passagère et isolée )
- brefs automatismes moteurs
- .....
- .....
- .....

**Que faire? → Garder son calme : la plupart des crises se terminent toutes seules après quelques minutes !!**

- éviter que l'enfant se blesse
- faciliter sa respiration en desserrant ses vêtements
- placer un coussin sous sa tête
- ne rien lui mettre dans sa bouche
- regarder sur la montre pour connaître la durée de la crise
- éloigner les autres enfants

**Si la crise dure plus de ..... minutes :**

#### 1. Administrer le/les médicament(s) suivant(s):

- .....
- .....
- .....

#### 2. Appeler le SAMU (112)

#### 3. Informer les PARENTS

Date:

Signature et Cachet du médecin prescripteur du PAI:

## PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
3.			
4.			
Directeur scolaire			
Autres			
1.			
2.			

## MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

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

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

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

**Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI**

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. ....