



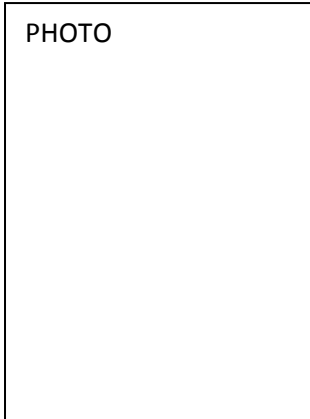
# PAI EPILEPSIE

Projet d'Accueil Individualisé

Date: .....

PAI initial

PAI de suivi



Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
Matricule:	Cycle/classe:
Etablissement scolaire/SEA:	Adresse: Commune:
Nom(s) représentant légal/parents:	Adresse:
1.	1.
2.	2.
Téléphone Maison: Bureau: 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, foyer scolaire, maison relais, SePAS.

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 Division Médecine Scolaire:

Nom: .....

Signature: .....

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

## PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
Encadrants Maison relais/Foyer scolaire			
1.			
2.			
SePAS/ ESEB			
1.			
2.			
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:	
<b>Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI</b>		
<b>Nom(s)</b>	<b>Fonction</b>	<b>Signature</b>
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. ....

**Instructions:** Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental

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

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

<b>Contenu</b>	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	Autre:	
<b>Localisation</b>	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire:	
	Autre:	
<b>Remarques</b>	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence <b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b> <b>INFORMER LES PARENTS</b> LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT	

### 2) Conditions d'accueil

Activité physique	Natation	Sorties et Autres
<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée	<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée	<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3) Autres aménagements éventuels: .....

.....  
.....

Date: .....

Signature et Cachet du médecin: .....

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: .....