

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

*Proposé par Vaincre la Mucoviscidose*

*Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005*

Année Scolaire : ...../.....Durée validité : Année scolaire en cours

## Élève concerné :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Établissement scolaire : .....

Adresse : .....

Classe : ..... Temps plein  Temps partie  Temps partiel + CNED

Nom des parents ou du représentant légal : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable mère / père : .....

☎ Travail mère / père : ..... E-mail : .....

## Coordonnées des autres participants :

Chef d'établissement ou son représentant : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Médecin scolaire : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Infirmière scolaire : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Médecin traitant : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Service hospitalier spécialisé : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Représentant d'association : .....

☎ : ..... E-mail : .....

Autre (préciser) : .....

☎ : ..... E-mail : .....

# BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

## 1. Au plan matériel :

- Horaires aménagés : .....
- Double jeu de livres
- Salle de classe en rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur
- Dans la salle de classe, prévoir une place à l'abri du soleil (pour éviter la déshydratation)
- Eviter l'attente au restaurant scolaire
- Lieu de repos
- Local discret pour la kinésithérapie ou les soins
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- Autre : .....

### ♦ TRANSPORTS :

- Trajets très longs et mal adaptés. *Nécessité d'étudier la possibilité d'une prise en charge par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).*

## 2. Au plan médical :

Veillez au respect de l'interdiction de fumer dans les locaux

### ♦ AMÉNAGEMENTS LIÉS AUX SOINS *Dans le cadre de l'établissement scolaire :*

- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Possibilité de se réhydrater en classe en cas de forte chaleur
- Intervention d'un kinésithérapeute dans l'établissement scolaire
- Intervention d'une infirmière (soins pendant les cures intraveineuses)
- Autre : .....

**KINÉSITHÉRAPEUTE** : *(coordonnées)* .....

Heures et jours à préciser : .....

Lieu d'intervention : .....

**INFIRMIÈRE** : *(coordonnées)* .....

Heures et jours à préciser : .....

Lieu d'intervention : .....

- **Traitement médical** : *Prise de médicaments sur ordonnance*

- Enzymes pancréatiques *(avant les repas)* .....
- Spray inhalé .....
- Antibiotiques oraux : .....
- Antibiotiques veineux : ..... Horaires : .....
- Oxygène : Durée journalière : ..... Horaires : .....
- Insuline *(en cas de diabète)*
- Patient greffé : *Consulter le médecin traitant pour les traitements particuliers*

♦ **Hygiène** *Rappel de quelques règles à respecter :*

*La Mucoviscidose n'est pas une maladie contagieuse mais les jeunes malades risquent de nombreuses infections. L'hygiène est donc très importante.*

- Inciter l'élève à se laver les mains avant et après chaque récréation, repas ou collation, ...
- En maternelle, réserver un WC pour l'élève malade.
- Si possible : Désinfection des lavabos, robinets et toilettes 2 à 3 fois par semaine et désinfection des jouets tous les jours.
- Eliminer les eaux stagnantes (fleurs coupées, bacs à réserve d'eau, aquarium).
- Lors des travaux pratiques, des précautions particulières concernant la manipulation de certaines substances doivent être prises impérativement.
- Aération fréquente des salles de classe.
- La présence simultanée de plusieurs élèves mucoviscidosiques dans l'établissement doit faire l'objet d'une attention particulière, notamment en évitant leur proximité immédiate en classe, au restaurant scolaire, dans les activités de jeux, de façon à éviter les infections de l'un à l'autre.

♦ **Régime alimentaire** *hypercalorique :*

- Suppléments caloriques (*fournis par la famille*)
- Collations supplémentaires (*fournies par la famille*) - horaires à préciser - .....
- Autres (*à préciser*) : .....

**3. Au plan pédagogique :**

- **EPS Sports à adapter éventuellement sur avis du médecin traitant** .....  
Natation :  Oui  Non  
*conditions : Contrôle bactériologique régulier de l'eau des bassins, passage prioritaire aux douches, veiller à ce que l'élève soit bien couvert à la sortie.*
- **SVT** :: Eviter la présence de Pseudomonas Aeruginosa et de Staphylococcus aureus.  
*En cas de doute, il vaut mieux dispenser l'élève des manipulations.*
- **Chimie** : Il est conseillé le port de masque, gants, le lavage des mains avec une solution hydro alcoolique, bonne aération du laboratoire.  
*En cas de doute, il vaut mieux dispenser l'élève des manipulations.*

♦ **Aménagements d'examens :**

- Demande de tiers-temps aux examens
- Demande de tiers-temps aux contrôles continus
- Place à l'abri du soleil direct (pour éviter la déshydratation)

♦ **Assistance pédagogique à domicile** *En cas d'absence prolongée ou répétée :*

- Mise en place de l'APD
- Inscription au CNED

Matières concernées	Nombre d'heures envisagées	Enseignants concernés

- Autres moyens utilisés (à préciser) : .....

**4. Sorties et voyages scolaires** *Se reporter au formulaire en annexe*

# PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE

## **1. Signes d'appel** (peuvent être dissociés ou associés) :

- Douleur abdominale
- Cyanose
- Gêne respiratoire
- Fièvre
- Malaise
- Hémoptysie / Saignements importants

## **2. Mesures à prendre** (à déterminer avec le médecin traitant) :

.....  
.....  
Informations à fournir au médecin d'urgence (à déterminer avec le médecin traitant) :

## **3. Référents à contacter :**

**Appels : (contacter par ordre de priorité)**

- Parents : ☎ domicile : ..... ☎ travail : .....  
☎ portable : .....
- SAMU : .....
- Médecin : ..... ☎ : .....
- Pompiers : .....
- Service hospitalier : ..... ☎ : .....

**Ce projet est approuvé par toutes les parties prenantes en présence,**

Date de la signature du PAI .....

Les parents : ..... L'élève : .....

Le professeur des écoles ou le professeur principal : .....

Le chef d'établissement ou son représentant : .....

Le médecin scolaire : ..... L'infirmière scolaire : .....

**Fortement recommandé :** Les professeurs de : EPS : .....

SVT : ..... Physique-chimie : .....

### **Si besoin :**

Le kinésithérapeute : .....

Le représentant de la municipalité (si le restaurant scolaire en dépend) : .....

Le coordinateur départemental, chargé de l'Assistance Pédagogique à Domicile : .....

Le représentant de l'association : .....

Association Vaincre la Mucoviscidose ☎ 01.40.78.91.91

E-mail : [scol@vaincrelamuco.org](mailto:scol@vaincrelamuco.org) - Site Internet [www.vaincrelamuco.org](http://www.vaincrelamuco.org)