

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**PHOTO**

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Élève               |                          |
| Nom / Prénom :      |                          |
| Date de naissance : |                          |
| Adresse :           | Etablissement scolaire : |

Responsables légaux ou élève majeur :

| Lien de parenté | Nom et prénom | Adresse | e-mail | Téléphone | Signature |
|-----------------|---------------|---------|--------|-----------|-----------|
|                 |               |         |        |           |           |
|                 |               |         |        |           |           |

**Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.**

|              | PAI 1 <sup>ère</sup> demande | Modifications de posologie éventuelles |  |  |  |  |
|--------------|------------------------------|--|--|--|--|--|
| Date/ classe |                              |  |  |  |  |  |
| Posologie    |                              |  |  |  |  |  |

| Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille :<br>fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Date   |  |  |  |  |  |
| Signature  |  |  |  |  |  |

**Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le directeur du centre de loisirs, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale.** Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :**

| Référents   | Nom                                   | Adresse administrative                              | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
|---|---------------------------------------|---|-------------------|----------------------|
| <b>Directeur d'école</b>  |                                       |   |                   |                      |
| <b>Directeur d'établissement</b>  |                                       |   |                   |                      |
| <b>Enseignant de la classe<br/>Professeur principal<br/>Encadrant de la structure</b> |                                       |   |                   |                      |
| <b>Médecin éducation nationale<br/>ou PMI ou collectivité<br/>d'accueil</b>           |                                       |   |                   |                      |
| <b>Infirmier éducation nationale<br/>ou PMI ou collectivité<br/>d'accueil</b>         |                                       |   |                   |                      |
| <b>Représentant de la Mairie</b>  | M. Jean-Yves SENANT<br>Maire d'Antony | Mairie<br>Place de l'Hôtel de ville<br>92161 Antony |                   |                      |

**Partenaires :**

| Référents   | Nom | Adresse administrative | Signature et date | Exemplaire reçu le : |
|---|-----|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Médecins traitants,<br/>services hospitaliers</b>  |     |                        |                   |                      |
| <b>Représentant du service de<br/>restauration</b>    |     |                        |                   |                      |
| <b>Responsable des autres<br/>temps périscolaires</b> |     |                        |                   |                      |
| <b>Autres :</b>                                       |     |                        |                   |                      |

**PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS**  
**PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE STRUCTURE ou à préciser :**

I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (*joindre l'emploi du temps adapté*)
- Temps de repos

Inaptitude partielle ou totale d'activité ou aménagement de l'activité (EPS, activités manuelles...) *Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS*

Préciser :

III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe :
- Mobilier et matériel spécifique :
  - double jeu de livres  livre numérique  siège ergonomique  casier  robot)
- Toilettes et hygiène :
  - accès  toilettes spécifiques  aménagements matériels ou changes  douche  aide humaine

Récréation et interours :

- précautions vis-à-vis du froid  soleil  jeux, bousculades
- Accessibilité aux locaux :
- Environnement visuel, sonore, autre:

IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement :

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

*Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :*

V. Restauration

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective</li> <li><input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration</li> <li><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution</li> <li><input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)</li> <li><input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la Famille</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Boissons :</li> <li><input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires :</li> <li><input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier :</li> <li><input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation</li> </ul> |
|---|---|

Préciser :

## VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) :  oui  non

Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

Surveillances particulières :  oui  non

- Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement, préciser :

Protocole joint

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin :

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

Existence d'une trousse d'urgence :  oui  non.

- Contenu de la trousse d'urgence :

- PAI obligatoirement  Ordonnance  Traitements  Pli confidentiel à l'attention des secours

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :

- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » :  oui  non

- Autre trousse d'urgence dans l'établissement :  oui  non

Préciser si nécessaire :

## VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

| Besoins particuliers  | Précisions<br>Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin) |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)   |  |
| <input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)                 |  |
| <input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles   |  |
| <input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux  |  |
| <input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)  |  |
| <input type="checkbox"/> APADHE<br><input type="checkbox"/> CNED en scolarité partagée<br><input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire : |  |

Académie :  
Département :

## ANNEXE CONFIDENTIELLE – Fiche de liaison allergie

### Entre le médecin traitant ou autre spécialiste et le médecin de l'éducation nationale

*A renseigner par le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie*

*et à adresser par l'intermédiaire de la famille au médecin de l'éducation nationale qui utilisera les renseignements fournis et les documents associés pour les adapter dans le contexte scolaire de l'enfant lors de l'élaboration du PAI*

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>L'ENFANT :</b>   |                     |
| Nom/Prénom de l'enfant :  | Date de naissance : |
| Ecole ou établissement (Nom/Ville) :  |                     |
| <b>MEDECIN qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie :</b>                       |                     |
| Nom / prénom :  | Spécialité :        |
| Lieu d'exercice du médecin :  |                     |
| Téléphone :   | Mail :              |
| Date :  |                     |
| Niveau scolaire en cours à la réalisation de la fiche : Sélectionner un niveau scolaire |                     |

**Diagnostic médical principal** (joindre tout document médical utile) :

**Autres antécédents :**

**ALLERGENE :**

- Fait-il partie des 14 allergènes à déclaration obligatoire (cf. liste ci-dessous<sup>1</sup>) ?  oui  non
- Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution telles que « peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... » ?  oui  non
- Autres particularités :

#### Aménagement de l'environnement :

- Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fruits à coque        | <input type="checkbox"/> Ballon de baudruche ou gant en latex |
| <input type="checkbox"/> cacahuètes /arachides | <input type="checkbox"/> Pâte à modeler                       |
| <input type="checkbox"/> Œuf                   | <input type="checkbox"/> Autre :                              |
| <input type="checkbox"/> Pâte à sel            |   |

#### Aménagements à l'extérieur de l'établissement :

→ Prévenir la famille plusieurs jours à l'avance pour décrire les **sorties de classe** et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le PAI.

→ Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI dont la conduite à tenir en cas d'urgence : l'adrénaline auto-injectable doit être conservée à température ambiante < 25°C, à l'abri de la lumière. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.

→ Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau.

#### Proposition de restauration par le médecin prescripteur du PAI :

→ **Repas** (cocher toutes les cases possibles)

- Restauration scolaire autorisée** sous couverture de la lecture des menus par l'élève / les parents
- Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective** si applicable
- Panier repas** apporté sous la responsabilité de la famille

Nom / Prénom de l'enfant :

Académie :  
Département :

→ **Goûters :**

- Goûter avec éviction du ou des allergènes par la collectivité
- Goûter autorisé pour les seuls aliments rapportés par la famille

→ **Autres mesures :**

**Soins - traitement à prévoir sur le temps scolaire et/ou dans l'établissement ?**  oui  non

*Joindre une ordonnance à part - nom des médicaments, posologies, modalités d'administration, horaires de prises). Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés. Ils s'engagent à informer l'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation nationale ou le médecin de PMI ou le médecin attaché à l'établissement.*

Si oui, le(s)quel(s) ?

A quelle heure ?

Qui les donne ?  l'élève  autre, préciser :

**Existence d'une trousse d'urgence :**  oui  non La trousse est fournie par les parents et doivent contenir **un double du PAI**

→ Si oui, nécessité pour l'enfant d'avoir sa **trousse d'urgence sur lui** :  oui  non

La trousse d'urgence contient :

- 1 auto-injecteur d'adrénaline
- 2 auto-injecteurs d'adrénaline
- bronchodilatateur inhalé
- chambre d'inhalation
- antihistaminique oral :
- 1 copie du PAI dont la conduite à tenir en cas d'urgence allergique
- autre, préciser :

**Evaluation de la gestion de l'allergie alimentaire par l'enfant et sa famille :**

→ L'enfant est capable de porter sur lui sa trousse d'urgence en permanence si le contexte le permet :

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant est capable de réaliser lui-même une éviction des aliments responsables d'allergie :

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

→ La famille de l'enfant est en mesure de repérer par la lecture des menus de restauration fournis les aliments responsables d'allergie (*sous réserve de l'application de la réglementation INCO*) :

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant sait quand et comment utiliser les médicaments de sa trousse d'urgence :

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

→ L'enfant est capable d'avoir recours à l'adulte en cas de problème d'allergie :

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

**Autres consignes ou précisions particulières :**

<sup>1</sup> **Liste des 14 allergènes à déclaration obligatoire (2021) :**

1. **Céréales contenant du gluten** (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales / 2. **Crustacés** et produits à base de crustacés / 3. **Oeufs** et produits à base d'œufs / 4. **Poissons** et produits à base de poissons / 5. **Arachides** et produits à base d'arachide / 6. **Soja et produits à base de soja** / 7. **Lait et produits à base de lait** (y compris de lactose) / 8. **Fruits à coques** (amandes, noisettes, noix, noix de : cajou, pécan, macadamia, du Brésil, du Queensland, pistaches) et produits à base de ces fruits) / 9. **Céleri** et produits à base de céleri / 10. **Moutarde** et produits à base de moutarde / 11. **Graines de sésame** et produits à base de graines de sésame / 12. **Anhydride sulfureux et sulfites** en concentration de plus de 10 mg/kg ou 10 mg/L (exprimés en SO<sub>2</sub>) / 13. **Lupin** et produits à base de lupin / 14. **Mollusques** et produits à base de mollusques

Nom / Prénom de l'enfant :

### 3 – CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol

#### Fiche spécifique N° 02

|   |                     |
|---|---------------------|
| Nom/ Prénom :   | Date de Naissance : |
| Numéros d'urgence spécifiques éventuels (autres que le 15 ou le 112) :  |                     |
| Fiche établie pour la période suivante :  |                     |
| Enfant allergique à :   |                     |
| Consommation autorisée des produits portant les mentions d'étiquetage de précaution (« peut contenir des traces de ... », « a été fabriqué dans un atelier pouvant... ») ? <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non |                     |

- Dès les premiers signes, faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.
- Rester avec l'élève
- Évaluer la situation (la réaction a eu lieu dans les minutes suivant l'exposition) et la gravité

#### La réaction est **GRAVE**

Si **1 seul** des signes parmi les suivants

- Il respire mal et sa voix change
- Il respire mal et il siffle ou il tousse
- Il a très mal au ventre, il vomit plusieurs fois
- Il devient rapidement rouge sur tout le corps et ses mains, ses pieds, son cuir chevelu le démangent
- Il se sent mal ou bizarre
- Il fait un malaise



1. Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne pour respirer
2. Injecter L'ADRENALINE dans la face externe de la cuisse  
*Spécialité :*
3. Appeler le SAMU (15 ou 112)
4. Si gêne respiratoire : faire inhaler bouffées de avec la chambre d'inhalation (5 respirations après chaque bouffée à répéter si persistance de la gêne après 15 minutes).  
  
*En attendant les secours, une 2<sup>ème</sup> injection d'adrénaline peut être faite si les symptômes persistent après 5 à 10 minutes*
5. Informer la famille

#### La réaction est MODEREE

- Sa bouche pique, ses lèvres gonflent
- Ses yeux piquent, son nez coule
- Des plaques rouges démangent de façon localisée
- Il a un peu mal au ventre et/ou il a envie de vomir
- Autre :

Mais il parle bien et il respire bien



1. Traitement anti-histaminique par voie orale :
2. Surveiller l'enfant jusque disparition complète des symptômes
3. Prévenir les parents et leur conseiller de consulter un médecin
4. Autre :

EN L'ABSENCE D'AMELIORATION ou si apparition d'un nouveau signe, évaluer de nouveau la gravité de la réaction **POUR NE PAS RETARDER L'INJECTION D'ADRENALINE**

Existence d'une fiche de liaison confidentielle pour le médecin EN

Existence d'un courrier sous pli pour les secouristes

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

### Annexe : Modalités de l'injection de l'adrénaline selon la présentation du produit

ANAPEN





Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille.



Retirer le bouchon protecteur.



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse.



Appuyer sur le bouton rouge et maintenir appuyé 10 sec. Puis masser la zone d'injection.

EMERADE





Enlever le bouchon blanc.



Placer le stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement et maintenir appuyé pendant 5 secondes



Puis masser la zone d'injection

EPIPEN





Enlever Le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Enfoncer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes



Puis masser la zone d'injection

JEXT





Enlever le bouchon jaune.



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse à angle droit



Appuyer fermement sur la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 secondes.



Puis masser la zone d'injection.

Nom/ Prénom :

## Annexe restauration scolaire- PAI

A fournir au médecin EN

En cas de besoins spécifiques sur le temps de restauration, ce document doit être rempli par le médecin référent de la pathologie, qui détermine les mesures à mettre en œuvre pour garantir la santé de l'élève, et par le représentant du service restauration (mairie dans le 1<sup>er</sup> degré, chef d'établissement dans le 2<sup>nd</sup> degré) qui atteste de la possibilité de leur mise en œuvre.

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>NOM- Prénom :</b> | <b>Établissement scolaire – Classe :</b> |
|----------------------|--|

### Recommandations du médecin référent de la pathologie :

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective<br>Type de régime :   |
| <input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée :<br><input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration<br><input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)<br>Liste des allergènes (traces autorisées : oui/non) |
| <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution   |
| <input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)   |
| <input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille  |
| <input type="checkbox"/> Boissons  |
| <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires  |
| <input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier  |
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation   |

**Date :**

**Signature :**

Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent de la pathologie : A remplir par le représentant mairie (1<sup>er</sup> degré) ou le chef d'établissement (2<sup>nd</sup> degré)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ⇒ mode de restauration proposé : |
| <input type="checkbox"/> <b>OUI</b>                                  |

**Date :**

**Signature :**



# Projet d'Accueil Individualisé

Année 202.../202...

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

ENFANT CONCERNE : Nom.....Prénom.....

ACCORD ET ENGAGEMENT DES PARENTS

Nous soussignés, Monsieur ..... père,  
Madame ..... mère,  
Responsables légaux de l'enfant.....

✧ Autorisons les personnes responsables nommées ci-dessous à accompagner notre enfant dans la prise de médicaments prescrits conformément à l'ordonnance obligatoirement jointe et à ses mises à jour.

✧ Justifions d'une assurance couvrant les risques de responsabilité civile à son égard. Cette police d'assurance devra couvrir tous les risques et litiges pouvant survenir à l'égard de l'enfant pendant le temps périscolaire.

- Compagnie d'assurance.....  
- N° de police.....

*Signatures des parents*

Je soussigné (e), Madame/Monsieur ..... certifie avoir remis les médicaments ci-dessous à

Madame/Monsieur ..... Directeur (trice), de l'école.....

Madame/Monsieur ..... Directeur (trice), du CML.....

| <b><u>REMISE DE MEDICAMENTS</u></b> |                         |                           |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>MEDICAMENT</b>                   | <b>NOMBRE DE BOITES</b> | <b>DATE DE PEREMPTION</b> |
|                                     |                         |                           |
|                                     |                         |                           |
|                                     |                         |                           |
|                                     |                         |                           |

*Chaque médicament doit être étiqueté au nom de l'enfant*

**Lieu de rangement**

**ECOLE** :.....

**CML**.....

**Réfrigérateur**      **oui**       **non**  

Madame/Monsieur....., chargé(e) dans le cadre du P.A.I. de la surveillance de l'enfant et de l'administration des médicaments en cas d'urgence, a été informé(e) du lieu de rangement des médicaments et de leurs modalités d'administration.

Fait à Antony, le.....

**Le Parent,**

**Le (la) Directeur (trice) d'école**

**L'animateur responsable de l'enfant**

**NOMINATION DES PERSONNES REFERENTES**

*A remplir par la ville*

| <b>ACTIVITES</b>            | <b>PERSONNES REFERENTES</b> |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Garderie du matin           |                             |
| Garderie du soir            |                             |
| Restauration                |                             |
| Centre Municipal de loisirs |                             |

# Organisation et engagements

## PAI Alimentaire

Les enfants avec une allergie alimentaire ou ceux qui rencontrent une difficulté alimentaire quelle qu'elle soit, peuvent fréquenter les restaurants scolaires et collectifs uniquement si les familles ont signé un protocole d'accueil. Ce dernier vise à préciser les adaptations à mettre en place durant le temps de repas.

Dans le cadre d'un PAI alimentaire, le Service Education de la ville d'Antony propose deux choix de restauration :

- La fourniture de plateaux repas adaptés pour lesquels les allergènes à déclaration obligatoire sont retirés (Plateau NUTRISENS) (Cf.1/).
- La possibilité d'apporter les repas préparés par leurs soins. (Cf 2/)

Le choix doit clairement être identifié dans le protocole. Il ne pourra être modifié en cours d'année scolaire sans un avis du médecin allergologue et de la médecine scolaire.

### 1. Disposition générale

Ce protocole a pour but d'éviter la manifestation de deux dangers majeurs :

- Le choc anaphylactique (réaction allergique grave)
- La Toxi Infection Alimentaire liée aux repas préparés par les familles.

Les mesures de prévention de l'apparition de ces manifestations consistent à :

- Limiter tout contact avec les allergènes.
- Éviter les contaminations.
- Respecter la chaîne du froid.

### 2. Les plateaux repas prêts à être consommés (NUTRISENS)

Les plateaux sont composés avec des ingrédients les moins impliqués dans les réactions allergiques. Sont retirés les allergènes à déclaration obligatoire.

L'ensemble des composants du repas est rassemblé dans un seul contenant hermétique (le plateau NUTRISENS).

**Une fois inscrit, l'enfant consommera uniquement les plateaux repas destinés aux enfants allergiques.** Ce dernier est commandé au prestataire et sa livraison est définie pour l'année.

### 3. Le panier repas

Lorsqu'un panier repas est mis en place, la famille s'engage à fournir quotidiennement tous les composants du repas de leur enfant.

Pour ce faire, la Ville fournit une glacière et un accumulateur de froid à chaque famille. Celle-ci devra se déplacer à la direction de l'Éducation pour les récupérer. **Seule la glacière fournie par la Ville pourra être utilisée afin de s'assurer de la bonne préservation des denrées dans le réfrigérateur.**

Si la glacière est abîmée, les familles devront repasser au service Education afin d'avoir une autre glacière. Toutefois ce matériel prêté gracieusement par la Ville a un coût, chaque famille bénéficiaire sera particulièrement soigneuse dans l'usage de ce dernier.

L'enfant ne consomme que la prestation fournie par la famille (y compris pain, sel, poivre, moutarde, etc...)

Lorsqu'une composante du repas nécessite un réchauffage, celui-ci sera effectué dans un four à micro-ondes destiné au PAI.

La Ville permet également aux familles ayant fait le choix du panier repas fournissent un repas de substitution longue conservation afin d'avoir un repas de secours s'il arrivait un accident et que le repas ne pouvait être consommé.

**Les parents s'engagent à fournir :**

- La totalité des composants du repas.
- Un repas froid inférieur à 6 degrés pour éviter le développement des bactéries.
- Les boîtes et leurs couvercles adaptées au microonde destinées à contenir le repas.
- Identifier les différents éléments du nom et prénom de l'enfant (glacière, boîtes)

*La ville se dégage de toute responsabilité si un dysfonctionnement venait à se produire en raison du non-respect de ces consignes.*

#### Réfrigération

Afin de préserver la salubrité des aliments et d'assurer la sécurité sanitaire, la chaîne du froid sera impérativement respectée jusqu'au moment de la consommation (plats froids) ou du réchauffage (plat chaud). Dès leur fabrication (ou achat), les repas seront conservés sous régime du froid, dans le réfrigérateur familial. Au cours du transport, l'ensemble de la prestation sera placé dans un contenant unique susceptible de maintenir un froid positif 0° à + 6°C (glacière avec accumulateur de froid). La glacière est mise directement dans le frigo PAI qui se trouve dans l'office de l'école afin de garantir la chaîne du froid.

#### Retour

Après le repas, les boîtes seront mises en l'état directement dans la glacière, le personnel communal n'en assure pas le nettoyage, les ustensiles seront nettoyés par la famille au domicile de l'enfant. L'ensemble est replacé dans la glacière et repris par la famille à la fin du temps scolaire.



**Quelle que soit l'option choisie (glacière ou plateau-repas NATAMA), la famille apporte le goûter de son enfant**

## 4. Responsabilités

Que ce soit dans le cadre des plateaux repas ou des glacières, la procédure est commune.

- Le directeur de l'école, ou référent périscolaire, ou du centre de loisirs, est chargé de la bonne exécution des dispositions générales prévues par le P.A.I.

- Il est par ailleurs désigné une personne référente chargée de la mise en œuvre des dispositions particulières du P.A.I. Elle doit être informée :
  - Des signes d'appel (rougeurs...),
  - Des prescriptions médicales,
  - Des mesures à prendre en cas d'urgence (injection),
  - Du stockage des médicaments dans un lieu accessible à tout moment de la journée et communiqué à l'ensemble du personnel.
- Si dans le cadre du PAI des médicaments sont prescrits, ces derniers sont stockés dans un contenant identifié au nom de l'enfant.
- En cas d'impossibilité de servir le repas, panne de matériel de réfrigération, ou toute autre anomalie (non-respect de la procédure susvisée), le référents périscolaire, le Directeur d'école ou du Centre Municipal de loisirs (ou leurs représentants) sera chargé de prévenir la famille. Le repas de substitution sera donné, dans le cas où il n'y a pas de repas de substitution, un plateau NUTRISENS sera commandé si le parent n'a pas la possibilité d'emporter un autre repas et que l'allergène fait partie de la liste.

## 5. Facturation

La prestation d'accueil organisée dans le cadre du PA.I. alimentaire avec repas NUTRISENS ou panier repas fournit par la famille est facturé à hauteur de 50% du taux d'effort.

## 6. Validité du PAI

Ce protocole d'accueil est conclu pour la durée de la scolarisation de l'enfant dans le même établissement durant les temps scolaire, périscolaire et extrascolaire.

Les enfants de grandes sections devront refaire un autre dossier PAI pour la scolarité en élémentaire.

**Si le PAI ne doit plus être mis en place, le document de la médecine scolaire doit être complété accompagné d'un courrier du médecin signataire du PAI qui nous informe de la fin. Ce document doit être remis au directeur d'établissement et à la direction de l'Éducation.**

## 7. Engagement de la famille

La famille s'engage à donner les différents médicaments avec l'ordonnance à l'école et au centre de loisirs le plus tôt possible.

La famille s'engage à fournir et à transporter le repas dans les bonnes conditions de conservation (boîte et leur couvercle, glacière, pain de glace).

La famille a pris connaissance du protocole et s'engage à le respecter en signant le présent document. \*

Elle est consciente que la Ville ne pourra être tenue responsable en cas de problème, de perte du panier repas.

Je soussigné (e):.....

Responsable légal de :.....

Atteste avoir pris connaissance du présent protocole de panier repas.

**Signature :**

