

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ
Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé
sur le temps scolaire et périscolaire (cantine, étude, garderie)

(CIRCULAIRE N°2003-135 DU 08.09.2003)
 Etabli à la demande de la famille

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au **secret professionnel** et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent

En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l'information

<u>ELEVE CONCERNE :</u>	Ecole :	Commune :
Nom :	Prénom	Sexe
		Photo
Date de naissance		
Adresse		

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Adresse Mail
PERE : Nom				
Adresse postale:				
MERE : Nom				
Adresse postale :				
RESPONSABLE LEGAL Nom				
Adresse postale :				

REFERENTS A CONTACTER	Nom	Téléphone	Mail
S.A.M.U		15	
Médecin traitant			
Médecins spécialistes			
Service(s) hospitalier(s)			
Autres (préciser)			

NOM :

Prénom :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ÉLEVE

L'ENFANT FREQUENTE :

- PRISE DE MEDICAMENTS
- PROTOCOLE D'URGENCE
- PANIER REPAS
- EVICTION D'ALLERGENE
- AMENAGEMENTS DU TEMPS SCOLAIRE
- AUTRES

- LA RESTAURATION SCOLAIRE
- LA GARDERIE

MESURES PARTICULIERES A APPLIQUER

Les ordonnances et médicaments seront remis pour le premier degré au directeur de l'école ou à l'enseignant pour le second degré à l'infirmière ou à un membre de l'équipe éducative

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR DANS LE CADRE :

- de l'enseignement de l'Education Physique et Sportive
- des transports scolaires
- des sorties et classes transplantées
- activités d'arts plastiques (préciser)



POINTS IMPORTANTS

- Localisation de la trousse d'urgence de l'enfant :
- Information systématique de tout personnel remplaçant
- **En cas d'appel du SAMU l'informer de ce document**
- Mettre un exemplaire du PAI dans les cahiers d'appel

Date :

Famille

Directeur ou chef d'établissement

Maire ou représentant par délégation

Infirmier(e) E.N.

Enseignant

Médecin E.N

Signature des nouveaux partenaires, le

PROTOCOLE D'URGENCE pour l'établissement scolaire

(A remplir par le médecin traitant)

Un exemplaire dans la trousse d'urgence

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement scolaire :

SIGNES D'APPEL Symptômes visibles pouvant être associés ou non	CONDUITE A TENIR

SAMU : 15 ou 112 d'un portable

Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école:

Date, cachet et signature du médecin traitant

Protocole vu et signé par le médecin de l'éducation nationale le :

Le,

Docteur....

à

DESTINATAIRE

Service de Promotion de
la Santé en Faveur des Elèves

Affaire suivie par

Téléphone
01
Télécopie
01
Courriel

@ac-creteil.fr
adresse

Madame, Monsieur,

Votre enfant

École :

Classe :

a bénéficié au cours de l'année scolaire précédente d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Merci de nous retourner ce document signé après avoir coché la case correspondante

P/O Médecin de l'Education Nationale

La secrétaire

A ce jour,

Son état de santé nécessite toujours un PAI et il n'y a pas de changement.
Dans ce cas le PAI en cours est toujours valable. Vous apporterez à l'école une ordonnance de moins de trois mois et les médicaments à donner

Son état de santé nécessite toujours un PAI et il y a des changements (traitement, autres...)

Dans ce cas vous voudrez bien contacter mon secrétariat au

.....

Son état de santé ne nécessite plus de PAI

En cas de non réponse de votre part pour le et suite à une évaluation de l'équipe médicale le PAI ne sera plus valide.

Coordonnées des responsables légaux :

Date et Signature des

Adresse :

responsables légaux

.....

Tél fixe : Portable :

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

**Service de Promotion de
la Santé en Faveur des Elèves**

Affaire suivie par

Téléphone
01

Télécopie
01

Courriel

@ac-creteil.fr
adresse

Je soussigné(e), représentant légal
de l'enfant (nom de l'enfant)..... autorise, dans le
cadre du PAI signé pour mon enfant, tout adulte de

- l'équipe éducation de l'école
- l'équipe de la cantine
- l'équipe de la garderie périscolaire

A administrer les médicaments prescrits par le Docteur,
à mettre en place les aménagements demandés.

Fait à

Le

Signature
(Le père, la mère ou
le représentant légal)