

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'ELEVE

L'ENFANT FREQUENTE :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PRISE DE MEDICAMENTS | <input type="checkbox"/> LA RESTAURATION SCOLAIRE |
| <input type="checkbox"/> PROTOCOLE D'URGENCE | <input type="checkbox"/> LA GARDERIE |
| <input type="checkbox"/> PANIER REPAS | |
| <input type="checkbox"/> EVICTION D'ALLERGENE | |
| <input type="checkbox"/> AMENAGEMENTS DU TEMPS SCOLAIRE | |
| <input type="checkbox"/> AUTRES | |

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



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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
représentant légal)