

**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**

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

<b>PARENTS</b>	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Adresse Mail
PERE : Nom				
Adresse postale:				
MERE : Nom				
Adresse postale :				
RESPONSABLE LEGAL Nom				
Adresse postale :				

<b>REFERENTS A CONTACTER</b>	Nom	Téléphone	Mail
<b>S.A.M.U</b>		<b>15</b>	
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 :**

<b>SIGNES D'APPEL</b> Symptômes visibles pouvant être associés ou non	<b>CONDUITE A TENIR</b>

**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 :**

**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)