

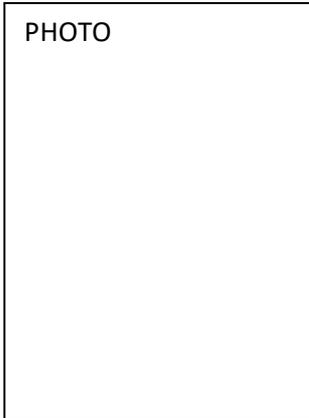


PAI Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial

PAI de suivi



Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
Matricule:	Cycle/classe:
Etablissement scolaire:	Adresse: Commune:
Nom(s) représentant légal/parents: 1. 2.	Adresse: 1. 2.
Téléphone Maison: Bureau: GSM:	E-mail:

Délégation de soin :

Je soussigné,
Représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence du Dr
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnels en charge de mon enfant : école, équipe de santé scolaire, foyer scolaire, service psychologique.

Il est de ma responsabilité de:

- vérifier la date de péremption des médicaments
- de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

Date et signature du représentant légal:

➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom: Signature: date:

➤ Médecin Scolaire:

Nom: Signature:

PAI reçu le: transmis à: date:

À remplir par le médecin traitant:

Maladie:

Symptomatologie

majeure:

Traitement:

Mesures d'urgence:

Dispositions spécifiques:

Date:

Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI:

À remplir par le médecin traitant:

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	1) Copie du plan d'urgence	
	2) Médicaments:	
	1. 2. 3.	
	3) Autre:	
Localisation	Infirmierie:	Salle de classe
	Autre:	
Remarques	En cas de déplacement scolaire: les parents sont priés de ramener la trousse d'urgence de la maison Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT INFORMER LES PARENTS	

2) Conditions d'accueil (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

.....
.....
.....

3) Autres aménagements éventuels:

.....
.....

Date: Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI :

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
3.			
4.			
5.			
6.			
Directeur			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

	Nom	Adresse	Téléphone
Médecin de Famille			
Spécialistes			
1.			
2.			
3.			

INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION		Date:
Nom de l'enfant:		Matricule:
Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI		
Nom(s)	Fonction	Signature
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Remarque: Veuillez remettre une copie du présent PAI aux personnes encadrantes:

1.
2.
3.
4.