

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants à l'ordonnance d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.**

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

TROUSSE d'URGENCE

- **À EMPORTER À CHAQUE DÉPLACEMENT**
- Contient la copie du protocole d'urgence, de l'ordonnance et les médicaments.
- **Les parents sont responsables du renouvellement des médicaments périmés ou utilisés.**
- **Lieu de rangement fixe et accessible en permanence :**

Réfrigérateur : ☐ oui ☐ non

À remplir par le service de santé scolaire:

☐ L'élève est autorisé à avoir un double du traitement sur lui (uniquement dans le 2nd degré).

Préciser lequel :

DATES et SIGNATURES**Date :** ...**Pour une durée de :**

Directeur / Chef d'Établissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :
(En charge de la faisabilité sur le temps scolaire)

Enseignant / Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

CPE :

Autres intervenants/partenaires extérieurs :



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Pour enfants et adolescents atteints de troubles de la santé

Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Photo de l'élève

Date de naissance :

Adresse :

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉAnnée scolaire : 20 /20 Restauration scolaire : Oui ☐ Non ☐Classe : Accueil périscolaire : Oui ☐ Non ☐**Responsables à contacter**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mèl			

Médecins référents de la pathologie

Nom :



Mèl :

Nom :



Mèl :

Service hospitalier :



Mèl :

IMPORTANT

- Tout personnel remplaçant (enseignant ...) doit être informé de ce PAI.
- Obligation de **discretion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**.

Si appel au Centre 15, préciser l'existence de ce PAI
Et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE**Besoins spécifiques de l'élève (hors situation d'urgence)**

- ☐ Accessibilité Classe / Cour / Sanitaires ☐ Double jeu de livres ☐ Casier
☐ Adaptation du matériel ☐ Précautions en extérieur
☐ Boissons ☐ Collations ☐ Adaptations pédagogiques
☐ Sortie de classe en fonction des besoins ☐ Autres :
☐ Accès prioritaire à la restauration scolaire
☐ Temps de repos, siestes, horaires adaptés
☐ Emploi du temps aménagé (à joindre au PAI)
☐ Adaptation de l'Education Physique et Sportive
(Remplir le certificat national réglementaire)

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : Si oui, lequel ?En cas d'allergie alimentaire, liste des allergènes :☐ Traces autorisées**Restauration scolaire et goûter****Recommandations du médecin référent de la pathologie:**

- ☐ Restauration scolaire non autorisée
- ☐ Déjeuner autorisé dans la collectivité avec Panier-Repas :
l'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille
- Goûter/petit déjeuner ⇒ ☐ uniquement fourni par la famille
OU ☐ l'enfant peut consommer ce qui est fourni par la collectivité
- ☐ Éviction simple **gérée par l'élève**
- ☐ Régime spécifique garanti par la collectivité

A remplir par LA COLLECTIVITÉ EN CHARGE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE :**Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent:**☐ **NON** ⇒ mode de restauration proposé :☐ **OUI**

Pour le cas 5, définir la modalité: ☐ Plateau-repas industriel garanti sans allergènes
☐ Eviction gérée par un personnel
☐ Autre :

Date et signature du responsable du temps de restauration scolaire :Autres précautions particulières (manipulation en classe, semaine du goût, ...):**Date :****Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :****A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE****PROTOCOLE D'URGENCE HORS ALLERGIE**☐ *Pour les allergies, remplir l'annexe spécifique page 3 bis***Nom et prénom de l'élève :****Date de naissance :****Classe :****Établissement :****Ville :****Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :****SIGNES D'APPEL****CONDUITE À TENIR****Médicaments, posologie,
mode d'administration****Noter l'heure de début des signes****Poids de l'enfant :****Traitement médical au quotidien****Sur le temps scolaire et périscolaire :****Au domicile :****Courrier à remettre aux services de secours :** ☐ oui ☐ non**Date :****Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :**