

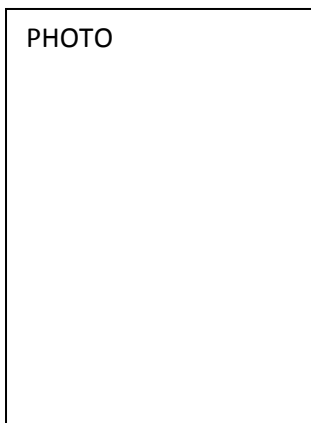


# PAI Projet d'Accueil Individualisé

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:	Adresse:
1.	1.
2.	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, 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

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

### 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.			

<b>INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION</b>	<b>Date:</b>
---------------------------------------------------	--------------

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

<b>Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI</b>
---------------------------------------------------------------------

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. ....