

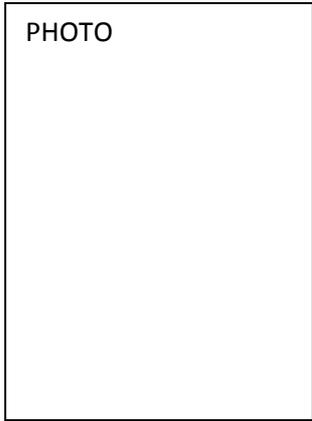


# PAI **Projet d'Accueil Individualisé**

Date: .....

PAI initial

PAI de suivi



|   |                      |
|---|----------------------|
| Nom(s) de l'élève:                      | Prénom(s):           |
| Matricule:                              | Cycle/classe:        |
| Etablissement scolaire:                 | Adresse:<br>Commune: |
| Nom(s) représentant légal/parents:      | Adresse:             |
| 1.                                      | 1.                   |
| 2.                                      | 2.                   |
| Téléphone<br>Maison:<br>Bureau:<br>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.<br>2.<br>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><br><br>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence<br><br><b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b><br><br><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. ....