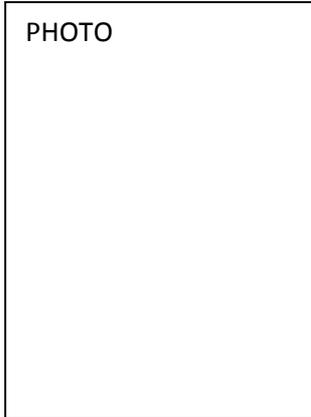




PAI initial

PAI de suivi



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

**Délégation de soins :**

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, maison relais, SePAS.

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 Division Médecine Scolaire:**

Nom: .....

Signature: .....

PAI reçu le: ..... transmis à: ..... date: .....

## PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
Encadrants Maison relais/Foyer scolaire			
1.			
2.			
SePAS/ESEB			
1.			
2.			
Autres			
1.			
2.			

## 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>		
<b>Nom(s)</b>	<b>Fonction</b>	<b>Signature</b>
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. ....

**Instructions:** Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental

**Maladie:**

---

---

**Symptomatologie majeure:**

---

---

---

---

---

---

**Traitement:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Mesures d'urgence:**

---

---

---

---

---

---

**Dispositions spécifiques:**

---

---

---

---

---

---

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

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

<b>Contenu</b>	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption
	1. 2. 3.	1. 2. 3.
	Autre:	
<b>Localisation</b>	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire:	
	Autre:	
<b>Remarques</b>	<p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence</p> <p><b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b></p> <p><b>INFORMER LES PARENTS</b></p> <p>LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT</p>	

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

.....

.....

.....

### 3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....