

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 :

**ÉLÈVE CONCERNÉ**

NOM :

Prénom :

Photo de l'élève

Date de naissance :

Adresse :

**ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ**

Année scolaire : 20 /20 Restauration scolaire : Oui  Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui  Non

**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 2<sup>nd</sup> degré). Préciser lequel :

**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**

**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 :

**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

Éviction 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 :