

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ
Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé
sur le temps scolaire et périscolaire (cantine, étude, garderie)
 (CIRCULAIRE N°2003-135 DU 08.09.2003)
 Etabli à la demande de la famille

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au **secret professionnel** et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent

En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l'information

<u>ELEVE CONCERNE :</u>	Etablissement :	Commune :
Nom :	Prénom :	Classe :
Date de naissance :	Sexe :	Photo
Adresse :		

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Adresse Mail
PERE Nom :				
Adresse postale:				
MERE Nom :				
Adresse postale :				
RESPONSABLE LEGAL Nom :				
Adresse postale :				

REFERENTS A CONTACTER	Nom	Téléphone	Mail
S.A.M.U		15	
Médecin traitant			
Médecins spécialistes			
Service(s) hospitalier(s)			
Autres (préciser)			

NOM : _____ Prénom : _____

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ÉLÈVE

- PRISE DE MÉDICAMENTS
- PROTOCOLE D'URGENCE
- PANIER REPAS
- ÉVICTION D'ALLERGÈNE
- AMÉNAGEMENTS DU TEMPS SCOLAIRE
- AUTRES

L'ENFANT FREQUENTE :

- LA RESTAURATION SCOLAIRE
- LA GARDERIE

MESURES PARTICULIÈRES À APPLIQUER

Les ordonnances et médicaments seront remis : pour le premier degré au directeur de l'école ou à l'enseignant
pour le second degré à l'infirmière ou à un membre de l'équipe éducative

AMÉNAGEMENTS SPECIFIQUES À PRÉVOIR DANS LE CADRE :

- de l'enseignement de l'Éducation Physique et Sportive
- des transports scolaires
- des sorties et classes transplantées
- activités d'arts plastiques (préciser)



POINTS IMPORTANTS

- Localisation de la trousse d'urgence de l'enfant :
- Information systématique de tout personnel remplaçant
- **En cas d'appel du SAMU l'informer de ce document**
- Mettre un exemplaire du PAI dans les cahiers d'appel

Date :

Famille

Directeur ou chef d'établissement

Maire ou représentant par délégation

Infirmier(e) E.N.

Enseignant

Médecin E.N.

Signature des nouveaux partenaires, le

PROTOCOLE D'URGENCE pour l'établissement scolaire

(A remplir par le médecin traitant)

Un exemplaire dans la trousse d'urgence

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement scolaire :

SIGNES D'APPEL Symptômes visibles pouvant être associés ou non	CONDUITE A TENIR

SAMU : 15 ou 112 d'un portable

Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école :

Date, cachet et signature du médecin traitant

Protocole vu et signé par le médecin de l'éducation nationale le :



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Seine-Saint-Denis
éducation
nationale

Promotion de la Santé
en Faveur des Elèves

Katia SABATINI
Médecin Education Nationale

CMS de Bondy
2 rue de la Terre Saint Blaise
93140 BONDY

☎ : 01.48.48.13.97
Mél. : cms.bondy@ac-creteil.fr

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e), représentant légal de
l'enfant autorise, dans le cadre
du PAI signé pour mon enfant, tout adulte de :

- l'équipe éducation de l'école
- l'équipe de la cantine
- l'équipe de la garderie périscolaire

à administrer les médicaments prescrits par le Docteur
à mettre en place les aménagements demandés.

Fait à Bondy

Le

Signature
(le père, la mère
ou le représentant légal)