

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**Accueil des enfants et adolescents atteints de troublesde la santé sur le temps scolaire **Eléments administratifs et signatures** (Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003) |

** : En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l’information**

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 .Document établi **à la demande de la famille** à partir des informations fournies parla famille.

##### ELEVE

NOM:……………………………………………….. Prénom :…………………………………………

Date de naissance :…………………………….…………………………….. Sexe : ………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ecole/Etablissement………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………Classe : ……………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PARENTS | Téléphone domicile | Téléphone  Travail | Téléphone  Mobile |
| PERE :  Nom |  |  |  |
| Adresse mail | | | |
| MERE :  Nom |  |  |  |
| Adresse mail | | | |
| Autre personne à prévenir  Nom |  |  |  |
| Adresse mail | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REFERENTS A CONTACTER** | Nom | Téléphone | Mail |
| S.A.M.U |  | **15** |  |
| Médecin traitant |  |  |  |
| Médecin(s) spécialiste(s) |  |  |  |

**Lieu où les médicaments sont accessibles :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT SCOLAIRE** | | | |
| Année scolaire | Classe | Régime scolaire | Chef d’établissement/ Directeur d’école |
|  |  | Externe  ½ pens  Interne  |  |
|  |  | Externe  ½ pens  Interne  |  |
|  |  | Externe  ½ pens  Interne  |  |
|  |  | Externe  ½ pens  Interne  |  |
|  |  | Externe  ½ pens  Interne  |  |

**SIGNATAIRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années**  **Signatures** |  |  |  | |  | |  | |
| ***Représentants légaux*** |  | | | | | | | |
| Père  Nom : ……………………… |  |  | |  | |  | |  |
| Mère  Nom : ……………………… |  |  | |  | |  | |  |
| Autres  Nom : ……………………… |  |  | |  | |  | |  |
| ***Etablissement / Ecole*** |  | | | | | | | |
| Chef d’établissement  Directeur d’école  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| Professeur principal  Enseignant de la classe  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| Infirmière  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| Professeur d’E.P.S.  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| ***Médecin qui suit l’enfant*** |  | | | | | | | |
| Nom : ……………………… | Voir signature p 2 du protocole d’urgence et besoins spécifiques de l’élève | | | | | | | |
| ***Partenaires*** |  | | | | | | | |
| Maire ou Responsable   de la restauration  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| Maire ou Responsable   du service périscolaire  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |
| Autres  Nom : ……………………… |  |  |  | |  | |  | |

Les représentants légaux, et/ou le père, et ou la mère autorisent tout membre de l’équipe éducative à administrer à son enfant les médicaments prescrits selon l'ordonnance et le protocole d’urgence ci-joints.

Fait à …………………. Le ………………………

*(signatures)*

Le père, la mère ou le représentant légal