

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de 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 | TéléphoneTravail | TéléphoneMobile |
| 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*** |  |
|  PèreNom : ……………………… |  |  |  |  |  |
|  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