

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I.**

A REMPLIR par la FAMILLE et à remettre au Directeur de l'école ou au Chef d'établissement

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), ..... Père, Mère ou tuteur  
légal

de l'ELEVE : ..... né(e) le .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Restauration scolaire : OUI NON

Accueil périscolaire : OUI NON

**Demande la mise en place d'un PAI pour mon enfant et autorise le personnel de l'Education nationale et le personnel du périscolaire en charge de mon enfant**

à administrer le ou les médicaments prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, nécessaires en cas d'urgence, selon l'ordonnance ou le protocole d'intervention joint.

Je m'engage à faire connaître :

- Toute modification du traitement ou du régime d'éviction alimentaire
- A renouveler les médicaments périmés et la trousse aux dates requises

**A contacter en cas d'urgence**

**SAMU : 15**

Tel Mère / domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Tel Père / domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Tel Médecin traitant / Médecin spécialiste : .....

Service hospitalier : .....

A ....., le .....

Les parents ou tuteur légal

**Signatures** : chef d'établissement

représentant de la mairie

médecin

**PROTOCOLE DE SOINS ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE**

Circulaire n°2003-135 du 08/09/2003

En complément de votre demande de mise en place d'un PAI, vous devez joindre :

- Un protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence récent (moins d'un an) rempli par le médecin qui suit l'enfant

**Ou**

- Une ordonnance récente (moins de 1 an) des médicaments à administrer à l'enfant avec la dose et le mode d'administration

**Si vous n'avez pas ces documents** : veuillez faire remplir le protocole ci-dessous par le médecin traitant ou spécialiste

**ELEVE CONCERNE :**

NOM : ..... Prénom : ..... né(e) le .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

- **SIGNES D'APPEL, SYMPTOMES VISIBLES :**

- **MESURES A PRENDRE :** Seuls les traitements par voix orale, inhalation ou par seringue auto-injectable sont autorisés en milieu scolaire

*Des éléments confidentiels et complémentaires peuvent être joints, sous pli cacheté, à l'attention du médecin intervenant en urgence*

Date : ..... Cachet et Signature du Médecin traitant ou spécialiste