

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