

Promotion de la santé
en faveur des élèves

DEMANDE DE RENOUELEMENT DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
A l'attention des familles du premier degré

Votre enfant

Nom :	Scolarisé cette année à : ...
Prénom
Date de naissance
Adresse :	Classe :
.....
Téléphone des parents	Scolarisé l'année dernière à :
.....

est atteint d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période

*Il bénéficiait d'un P.A.I., l'année précédente, pour
(préciser la pathologie)*

Souhaitez – vous le renouvellement du P.A.I. ? (cocher la case correspondante)

Les parents s'engagent à vérifier la péremption des médicaments ainsi que le renouvellement

- OUI, par tacite reconduction à l'identique, sans réunion** (**joindre une nouvelle ordonnance**)
- OUI avec réunion :**
 - *pour changement d'établissement ou protocole de soin à modifier (changement de traitement, posologie ...)*
 - *à la demande de (parents, chef d'établissement, centre de soins...etc)**Joindre à ce document, l'ordonnance, le certificat médical ou le justificatif en rapport avec la modification*
- NON, l'état de santé de notre enfant ne nécessite plus de prise en charge particulière à l'école (fournir un justificatif médical).**

Date :

Merci de retourner ce document complété et **signé**, directement
A l'école, dès que possible qui voudra bien le transmettre au CMS
(**accompagné d'une ordonnance de moins de 6 mois**)

Signature des parents ou du représentant légal

(partie complétée par le médecin scolaire)

**P.A.I. reconduit à l'identique pour l'année scolaire
+ début de l'année suivante**

P.A.I. clôturé le

Signatures :

Le Médecin de l'Education Nationale

Le Chef d'Etablissement

La Mairie