



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Pyrénées-Atlantiques



Promotion de la santé en faveur des élèves

DEMANDE DE RENOUELEMENT DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
A l'attention des familles du second 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'établissement , 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

L'Infirmière