

SANTÉ SCOLAIRE

Cachet de l'établissement scolaire

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Modèle simplifié

Circulaire n°2003-135 du 8-9-2003 : « ACCUEIL EN COLLECTIVITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ ÉVOLUANT SUR UNE LONGUE PÉRIODE » NOR : MENE0300417C, RLR : 501-5 ; 960-0.

ELEVE	RESPONSABLES LEGAUX	Mme ☐ / M. ☐	Mme ☐ / M. ☐
NOM et prénom :	NOM et prénom	.....	.....
Date naissance :	Adresse	.....	.....
Etablissement / Ecole :	☎ domicile	.....	.....
.....	☎ professionnel ou ①	.....	.....
Classe :	Adresse électronique	.....	.....

TRAITEMENT à prendre pendant le temps scolaire, PRESCRIPTION DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT :

- Produit utilisé : Posologie et rythme des prises :
.....
.....

SIGNES D'APPEL – SYMPTÔMES VISIBLES :

.....
.....
.....

EN CAS DE CRISE, PRESCRIPTION DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT :

- Produit utilisé : Posologie et rythme des prises :
.....
.....

Information des parents, Si persistance des signes ou aggravation, appel au SAMU (15) ou (le 112 à l'étranger)

ADAPTATION AU SPORT, PRESCRIPTION DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT :

- Inaptitude partielle :
- Traitement avant l'effort :
- Aménagements spécifiques :
.....

Date : et signatures 

Le directeur Le chef d'établissement	La famille ou le représentant légal	Le médecin qui suit l'enfant	La collectivité territoriale	Autre :	Autre :
---	--	---	---	----------------	----------------

**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL
OU D'AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE**

Etablissement :
.....
.....

Nom du Directeur d'école
ou du Chef d'établissement
.....

Nom et Prénom de l'élève :
.....

Classe :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

- ☐* autorise les personnels de l'Education nationale et de la collectivité territoriale à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier), (par voie orale ou inhalée).
- ☐* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

(* cocher la case correspondante)

Fait à le
Signature du responsable légal,

NB1 : LIEU de rangement des médicaments :
.....

NB2 : Le traitement suit l'élève en cas de déplacement hors établissement

à

le

Avis favorable

Le Directeur d'école,
Le Chef d'établissement
(cachet)

Màj Avril 2020