



SANTÉ SCOLAIRE

Cachet de l'établissement scolaire

**DEMANDE de MISE EN PLACE D'UN
PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ**

A l'attention des familles

Elève concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphones de la famille:

Adresses électroniques :

Coordonnées du médecin qui suit l'enfant :

Etablissement scolaire :

Classe :

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

Souhaitez-vous la mise en place d'un PAI ?

☐ OUI

☐ NON

(Cocher la case correspondante)

Date :

Signature de la famille ou des représentants légaux :

Maj. :sept 2019