

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE  
POUR ENFANT ASTHMATIQUE**  
CIRCULAIRES : BO N° 34 DU 18/9/3 ET BO HS N° 1 DU 6/1/00

**ANNEE SCOLAIRE 201 - 20**

*PREMIER PAI*

*RENOUVELLEMENT*

***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :***

NOM DE L'ELEVE : .....Prénom.....

Date de naissance : .....

Etablissement scolaire : .....Classe : .....

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :**

.....

Adresse : .....

**TELEPHONES** en cas d'urgence (à maintenir actualisés) :

.....

.....

**DEMANDE DES PARENTS :**

**Je soussigné.....père, mère, représentant légal,  
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des  
renseignements ci-dessous fournis par mon médecin traitant le Dr.....  
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant  
sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans  
ce document.**

**Date :**

**Signature du représentant légal :**

***SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES***

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève.

**Localisation de la trousse d'urgence (à emporter en cas de sortie scolaire et en cas d'évacuation)**

Doit être accessible pendant les temps scolaires et périscolaires.

<b><i>FONCTION</i></b>	<b><i>NOM</i></b>	<b><i>SIGNATURE</i></b>	<b><i>DATE</i></b>
Chef d'établissement Directeur d'école			
Médecin scolaire			
Professeur principal Enseignant			
Infirmière scolaire			
Représentant de la municipalité			
Autre : Responsable du temps Périscolaire			

