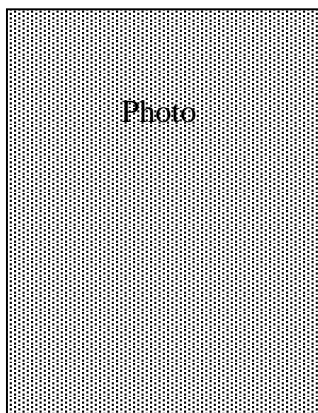


PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE AUTRE PATHOLOGIE

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).



ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Ecole :	Sexe :
Classe :	

Année scolaire du 1^{er} PAI

PAI reconduit pour l'année scolaire.....

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur..... tél :.....J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Signatures du PAI et date :

Responsable établissement
Ou école

Médecin Education Nationale

Médecin traitant

Parents ou représentants légaux

Infirmier

Lorsque les temps ne relèvent pas de l'éducation nationale, la gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI sont placées sous la responsabilité du Maire ou des associations.

Nom :

Prénom :

Classe :

Année :

Etablissement : Tél.

Adresse de l'établissement :

Chef d'Etablissement/Directeur d'Ecole :

Mairie de :

Médecin de l'éducation nationale :

PERSONNES A CONTACTER

LES URGENCES :

SAMU	sur téléphone standard	15
SAMU	sur téléphone portable	112

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

Autre personne à prévenir, désignée par les parents, si eux-mêmes ne sont pas joignables :

Lien à la famille :

Nom :

Tél

LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

LE SPECIALISTE QUI SUIV L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

1-BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE :

2- PROTOCOLE d'URGENCE PRECONISE PAR LE MEDECIN TRAITANT

- **QUELS SONT LES SIGNES QUE L'ELEVE PEUT PRESENTER ET QUI DOIVENT ALERTER L'ENTOURAGE ?**

- **QUELLES SONT LES MESURES A PRENDRE ? ordonnance du médecin traitant à joindre au PAI**

3-PRECAUTIONS A PRENDRE LORS DES TRANSPORTS SCOLAIRES

**4- PRECAUTIONS A PRENDRE LORS DE SORTIES OU DE CLASSE TRANSPLANTEE
OU EVACUATION**

5 - PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE DE L'ELEVE

- **MEDICALE OU PARAMEDICALE** dans l'établissement

- **PÉDAGOGIQUE**