

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé)

A accompagner d'une ordonnance datant de moins de 3 mois à la rentrée scolaire

Année scolaire : 20..... / 20.....

L'ELEVE

NOM, Prénom :	Photo :
Né(e) le :	
Adresse :	

L'ECOLE

Ecole primaire Sainte Marie	Classe :
21 bis, rue Auguste Mounié	Restauration scolaire : OUI - NON
92160 Antony	Panier-repas : OUI - NON
Tel. 01.55.59.01.33	Accueil périscolaire : OUI - NON
ecole@ism-antony.org	(garderie, étude)

CONTACTS SUR LES TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

			Liens de parenté	Téléphones
Responsable 1				
Responsable 2				
.....				
.....				
.....				

MEDECINS REFERENTS

	Nom	Téléphones
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
Service hospitalier spécialisé	Nom du médecin :	
Urgences médicales	Régulation, orientation	15 (en France) ou 112 (en Europe) ➔ Informer du PAI et courriers utiles

REGIME ALIMENTAIRE

Allergies connues	
Traces d'allergènes tolérées*	OUI - NON
Intolérances sans allergie	
Autres	

* Tolérance nécessaire pour la restauration collective

SPORT

Prise de médicament avant	
Restriction d'activités (secousses, etc.)	
Surveillances, etc.	

AUTRES BESOINS de L'ELEVE (prises de médicaments, soins, restrictions d'activité, surveillances)

En classe	
En récréation	
A la cantine	
Autre (kiné, lieu, etc.)	

TROUSSES D'URGENCE ET SOINS, avec photocopie du PAI

Présence d'une trousse d'urgence	OUI - NON ➔ Si oui l'emporter pour toute sortie, piscine, etc.
Emplacements & compositions	<input type="checkbox"/> Accueil de l'école : <input type="checkbox"/> Réfrigérateur : <input type="checkbox"/> En classe :

PROTOCOLE D'URGENCE A REMPLIR PAR LE MEDECIN, en conformité avec l'ordonnance

Signes d'appel	Conduite à tenir
<p>Date, cachet et signature du médecin :</p> <p>Courrier cacheté pour les services de secours : OUI - NON</p>	

SIGNATAIRES DU P.A.I.

Nom	Date	Signature
<p><u>Autorisation des parents :</u> Je soussigné..... responsable légal de l'enfant demande la mise en place d'un PAI pour mon enfant <input type="checkbox"/> sur le temps scolaire <input type="checkbox"/> sur le temps périscolaire Les parents veillent à renouveler les médicaments périmés ou utilisés.</p>		
<p><u>Chef d'établissement :</u> Informe le personnel remplaçant</p>		
<p><u>Professeur principal :</u></p>		
<p><u>Médecin de l'éducation nationale :</u></p>		
<p><u>Infirmière :</u></p>		
<p><u>Autre partenaire :</u></p>		
<p><u>Autre partenaire :</u></p>		