

# 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	<b>15</b> (en France) ou <b>112</b> (en Europe) ➔ Informer du PAI et courriers utiles

**REGIME ALIMENTAIRE**

<b>Allergies connues</b>	
<b>Traces d'allergènes tolérées*</b>	<b>OUI - NON</b>
Intolérances sans allergie	
Autres	

\* Tolérance nécessaire pour la restauration collective

**SPORT**

<b>Prise de médicament avant</b>	
<b>Restriction d'activités</b> (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**

<b>Présence d'une trousse d'urgence</b>	<b>OUI - NON</b> ➔ 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  <b>Les parents veillent à renouveler les médicaments périmés ou utilisés.</b></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>		