

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(circulaire n°2003-135 du 08/09/2003)

Année scolaire :

Date :

Etablissement :

Classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cantine

Périscolaire

Nom des parents : Mère :

Père :

Adresse de l'élève :

Courriel des parents :

 personnels :

 professionnels :

SAMU : 15 / 112

EXISTENCE D'UN PRÉCÉDENT PAI AUQUEL SE REFERER SI NECESSAIRE :

Oui Date du précédent PAI :

Si modifications, précisez lesquelles :

Non

PROTOCOLE D'URGENCE :

Oui

Non

TROUSSE D'URGENCE

Oui Localisation :

Composition :

Non

**LA TROUSSE D'URGENCE ET LE PROTOCOLE D'URGENCE DOIVENT TOUJOURS
SUIVRE L'ÉLÈVE LORS DE SES DÉPLACEMENTS**

NOMS ET SIGNATURES (* obligatoires)

Parents*: Je soussigné-e : (Noms et prénoms des représentants légaux)

Demande et autorise les personnels en charge de mon enfant durant le temps scolaire ou périscolaire à lui administrer le ou les médicaments suivant la prescription établie. Je m'engage à renouveler les médicaments avant leur date de péremption et m'engage à faire connaître immédiatement au médecin de l'Éducation Nationale toute évolution de la maladie et toute modification du traitement ou du régime alimentaire.

Médecin EN* : Mme Dr JAFFRÉ LEMESLE

Chef d'établissement ou Directeur d'école* :

Elève :

Infirmier EN :

Personnels EN (préciser la fonction)

Personnels hors EN (préciser la fonction)