

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM :

Prénom :

Photo de l'élève

Date de naissance :

Adresse :

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ

Année scolaire : 20 /20 Restauration scolaire : Oui Non

Classe : Accueil périscolaire : Oui Non


Responsables à contacter

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre (qualité)
NOM			
Téléphone			
Portable			
Adresse mèl			

Médecins référents de la pathologie

Nom :  : Mèl :

Nom :  : Mèl :

Service hospitalier :  : Mèl :

IMPORTANT

- Tout personnel remplaçant (enseignant ...) doit être informé de ce PAI.
- Obligation de **discrétion professionnelle** due par toute personne détenant ces **informations confidentielles**.

**Si appel au Centre 15, préciser l'existence de ce PAI
Et de l'éventuel courrier médical joint sous pli cacheté**

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE**Besoins spécifiques de l'élève (hors situation d'urgence)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accessibilité Classe / Cour / Sanitaires | <input type="checkbox"/> Double jeu de livres | <input type="checkbox"/> Casier |
| <input type="checkbox"/> Adaptation du matériel | <input type="checkbox"/> Précautions en extérieur | |
| <input type="checkbox"/> Boissons | <input type="checkbox"/> Collations | <input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques |
| <input type="checkbox"/> Sortie de classe en fonction des besoins | <input type="checkbox"/> Autres : | |
| <input type="checkbox"/> Accès prioritaire à la restauration scolaire | | |
| <input type="checkbox"/> Temps de repos, siestes, horaires adaptés | | |
| <input type="checkbox"/> Emploi du temps aménagé (à joindre au PAI) | | |
| <input type="checkbox"/> Adaptation de l'Education Physique et Sportive
(Remplir le certificat national réglementaire) | | |

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE : Si oui, lequel ?En cas d'allergie alimentaire, liste des allergènes : Traces autorisées**Restauration scolaire et goûter**Recommandations du médecin référent de la pathologie:

1. Restauration scolaire non autorisée
2. Déjeuner autorisé dans la collectivité avec Panier-Repas :
l'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille
3. Goûter/petit déjeuner ⇒ uniquement fourni par la famille
OU l'enfant peut consommer ce qui est fourni par la collectivité
4. Éviction simple **gérée par l'élève**
5. Régime spécifique garanti par la collectivité

A remplir par le REPRÉSENTANT MAIRIE (1er degré) ou le CHEF D'ÉTABLISSEMENT (2nd degré):**Possibilité de mise en œuvre des recommandations du médecin référent:** **NON** ⇒ mode de restauration proposé : **OUI**

Pour le cas 5, définir la modalité: Plateau-repas industriel garanti sans allergènes
 Eviction gérée par un personnel
 Autre :

Date et signature du représentant mairie ou du chef d'établissement :Autres précautions particulières (manipulation en classe, semaine du goût, ...) :**Date :****Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :**

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA PATHOLOGIE

PROTOCOLE D'URGENCE HORS ALLERGIE

Pour les allergies, remplir l'annexe spécifique page 3 bis

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Établissement :

Ville :

Nom et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration
<p style="text-align: center;">Noter l'heure de début des signes</p>	<p style="text-align: center;">Poids de l'enfant :</p>

En cas de persistance ou d'aggravation des signes, appeler le centre 15/112

Traitement médical au quotidien

Sur le temps scolaire et périscolaire :

Au domicile :

Courrier à remettre aux services de secours : oui non

Date :

Signature et tampon du médecin référent de la pathologie :

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans ce PAI conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s)

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants à l'ordonnance d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.**

3 – autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à toute personne en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

TROUSSE d'URGENCE

- **À EMPORTER À CHAQUE DÉPLACEMENT**
- Contient la copie du protocole d'urgence, de l'ordonnance et les médicaments.
- **Les parents sont responsables du renouvellement des médicaments périmés ou utilisés.**
- **Lieu de rangement fixe et accessible en permanence :**
Réfrigérateur : oui non

À remplir par le service de santé scolaire:

- L'élève est autorisé à avoir un double du traitement sur lui (uniquement dans le 2nd degré).
Préciser lequel :

DATES et SIGNATURES

Date : ...

Pour une durée de :

Directeur / Chef d'Établissement :

Médecin de l'Éducation Nationale :
(En charge de la faisabilité sur le temps scolaire)

Enseignant / Professeur Principal :

Infirmier de l'Éducation Nationale :

Professeur d'EPS :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :

CPE :

Autres intervenants/partenaires extérieurs :