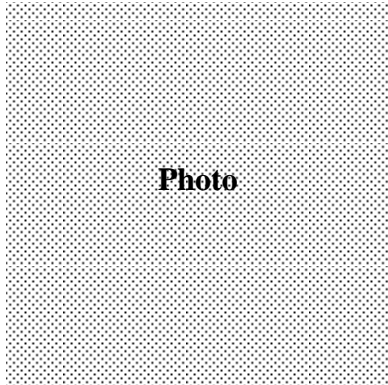


# Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/20 03 (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 :	Classe	Sexe :

Année scolaire du 1<sup>er</sup> 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.....  
tel :.....  
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil :  
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document

Signature du représentant légal:

### Signatures du P. A. I et date :

du Médecin de l' Education Nationale :

de l'établissement scolaire :

de la Directrice OMEJ

du Maire ou de son représentant :

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.

Etablissement : ..... Année Scolaire : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef de l'établissement : ..... Tél .....  
.....

### Médecin de l'Education Nationale , Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau :  Portable :

### PERSONNES A PREVENIR

#### Les urgences

Sur téléphone standard	<b>15</b>
Sur téléphone portable	<b>15 ou 112</b>

#### Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N°téléphone domicile		
N°téléphone travail		
N°téléphone portable		

#### Le médecin généraliste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

#### Eventuellement Médecin Spécialiste qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

## Pour tous les enfants concernés

### **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence .....
- .....
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale

### **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger
- Emporter un téléphone portable

### **En cas de changement d'enseignant**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire

### **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**

- Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI