

Année scolaire 20.../20...

**DEMANDE DE MISE EN PLACE
 D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)**

**A REMPLIR par la FAMILLE
 Et à remettre au Directeur de l'école ou au Chef d'établissement**

ATTENTION

Le PAI sera signé par le médecin de l'éducation nationale et mis en œuvre dans l'établissement uniquement lorsque la famille aura remis à l'établissement scolaire :

- ✓ Les 2 formulaires remplis :
 - l'autorisation parentale et les coordonnées des référents santé de l'enfant.
 - le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence, (ou l'ordonnance) complété par le médecin qui suit l'enfant (cf. exemple joint).
- ✓ Les médicaments dans une trousse au nom de l'enfant.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Père ou Mère ou Tuteur Légal
 de **L'ENFANT (Nom et Prénom) :** né(e) le :
 Adresse..... Commune.....
 Fréquentant l'école/Etablissement : en classe de :

**DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS
 DE L'ÉDUCATION NATIONALE OU AUTRE PERSONNELS :**

1. À administrer le ou les médicaments prescrits par le médecin traitant ou spécialiste, nécessaires à notre enfant en cas d'urgence, selon le protocole d'intervention joint au PAI :

- sur le temps scolaire oui non
- sur le temps de 12h à 14h oui non

2. Je m'engage à faire connaître :

- toute modification du traitement ou du régime d'éviction alimentaire
- à renouveler les médicaments périmés et la trousse aux dates requises

COORDONNEES DES REFERENTS SANTE de L'ENFANT

A contacter en cas d'urgence (numéroter par ordre de priorité)

- ☎ Mère /domicile :portable : travail :
- ☎ Père/ domicile :portable : travail :
- Médecin traitant : ☎
- Médecin spécialiste : ☎
- SAMU : 15
- Service hospitalier : ☎

A , le

Les Parents ou tuteur légal