

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

ÉLÈVE CONCERNÉ

Merci d'agrafer ou de coller une photo de l'enfant	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de Naissance :	Age :
	Ecole : Classe :	Sexe :

(1) **Date de la mise en place du 1er P.A.I. :** _____

(2) **P.A.I. 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(e), 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.....

Tél. :.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, temps périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal

Établissement : _____ Année scolaire : _____

Directeur / Directrice d'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

Tél. : _____

Le Médecin Scolaire, coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
Dr Véronique PLAQUET	Médecin scolaire Square Copernic 59820 Gravelines	Bureau : 03 28 23 28 51

PERSONNES A PRÉVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux

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

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

L'allergologue ou le diabétologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

Pour les allergies alimentaires et le diabète :

- (1) L'inscription au service de la restauration scolaire ne sera effective qu'après la réalisation du P.A.I. avec le médecin scolaire, la direction de l'école, le service éducation et la famille.
- (2) Pour toute reconduction de P.A.I., l'enfant sera accueilli au sein du service de restauration scolaire **durant 1 mois (septembre)**. Si les parents ne transmettent pas les documents nécessaires à cette reconduction, l'enfant ne pourra plus être accueilli au service de restauration scolaire dès le 1^{er} octobre.