

## Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (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

Photo (facultative)	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de Naissance :	Sexe :
	Ecole / Etablissement scolaire :	Classe :

**Année scolaire du 1<sup>er</sup> PAI :**

*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 ..... Tél : .....

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

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

**Date et Signature du représentant légal:**

**LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :**

	Monsieur	Madame
NOM		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

**LE MEDECIN TRAITANT :**

NOM	SAMU 15 fixe ou portable
Téléphones	

**LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :**

NOM	
Téléphone	

**NOM DE L'ELEVE :**

**L'INFORMATION DOIT ETRE TRANSMISE DE FAÇON PRIORITAIRE A TOUTE PERSONNE INTERVENANT AUPRES DE L'ELEVE**

**SIGNATAIRES DU PROJET**

	PARENTS	CHEF D'ETABLISSEMENT OU DIRECTEUR	MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE – INFIRMIERE IDE <b>POUR</b> <b>LE TEMPS SCOLAIRE</b>	PROFESSEUR PRINCIPAL OU ENSEIGNANT	REPRESENTANT DE LA MUNICIPALITE	REPRESENTANT DE LA RESTAURATION COLLECTIVE	AUTRES
<b>2017-2018</b> Date Classe							
<b>2018-2019</b> Date Classe							
<b>2019-2020</b> Date Classe							
<b>2020-2021</b> Date Classe							
<b>2021-2022</b> Date Classe							