

**Année scolaire 2020/2021**

**Projet d'Accueil Individualisé**  
**Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la  
santé**

**sur le temps scolaire et périscolaire (cantine, étude, garderie)**

(CIRCULAIRE N°2003-135 DU 08.09.2003)

Établi à la demande de la famille

Les professionnels concernés par le PAI sont astreints au **secret professionnel** et ne peuvent transmettre entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent

**En cas de remplacement des enseignants : faire suivre l'information**

<b><u>ELEVE CONCERNE</u></b>	<b><u>École</u> :</b>	<b><u>Commune</u> :</b>
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Sexe :</b>
Date de naissance :		<b>Photo</b>
Adresse :		

PARENTS	Téléphone domicile	Téléphone Travail	Téléphone Mobile	Adresse Mail
PERE : Nom				
Adresse postale:				
MERE : Nom :				
Adresse postale :				
RESPONSABLE LEGAL Nom				
Adresse postale :				

REFERENTS A Contacter	Nom	Téléphone	Mail
<b>S.A.M.U</b>		<b>15</b>	
Médecin traitant			
Médecins spécialistes			
Service(s) hospitalier(s)			
Autres (préciser)			

**NOM :**

**Prénom :**

**BESOINS SPECIFIQUES DE L'ÉLÈVE :**

- PRISE DE MÉDICAMENTS
- PROTOCOLE D'URGENCE
- PANIER REPAS
- ÉVICTION D'ALLERGÈNE
- AMÉNAGEMENTS DU TEMPS SCOLAIRE
- AUTRES

**L'ENFANT FREQUENTE :**

- LA RESTAURATION SCOLAIRE
- LA GARDERIE

**MESURES PARTICULIÈRES A APPLIQUER :**

Les ordonnances et médicaments seront remis pour le premier degré au directeur de l'école ou à l'enseignant  
pour le second degré à l'infirmière ou à un membre de l'équipe éducative

**AMÉNAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR DANS LE CADRE :**

- de l'enseignement de l'Éducation Physique et Sportive
- des transports scolaires
- des sorties et classes transplantées
- activités d'arts plastiques (préciser)



**POINTS IMPORTANTS**

- Localisation de la trousse d'urgence de l'enfant :
- Information systématique de tout personnel remplaçant
- **En cas d'appel du SAMU l'informer de ce document**
- Mettre un exemplaire du PAI dans les cahiers d'appel

**Date :**

**Famille**

**Directeur ou chef d'établissement**

**Maire ou représentant par délégation**

Infirmier(e) E.N.

Enseignant

**Médecin E.N**

**Signature des nouveaux partenaires, le**

## PROTOCOLE D'URGENCE pour l'établissement scolaire

(A remplir par le médecin traitant)

*Un exemplaire dans la trousse d'urgence*

---

**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance :

**Établissement scolaire :**

<b>SIGNES D'APPEL</b> Symptômes visibles pouvant être associés ou non	<b>CONDUITE A TENIR</b>

**SAMU : 15 ou 112 d'un portable**

**Contenu de la trousse d'urgence à fournir par les parents à l'école:**

Date, cachet et signature du médecin traitant

**Protocole vu et signé par le médecin de l'éducation nationale le :**

## AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Service de Promotion de  
La Santé en Faveur des Elèves

Affaire suivie par  
Dr NAIESEH Moudar  
Dr CLAUDE Xavier

Secrétaires :  
Mme GABOYARD Laëtitia  
Mme GRAVÉ-OUAIL Miriem

Téléphone : 01 60 23 21 82

Courriel : cms.meaux@ac-creteil.fr

Adresse :  
Centre Médico-Scolaire  
Groupe Scolaire Compayré  
Rue Paul Louis Courier  
77100 MEAUX

Mail :  
cms.meaux@accreteil.fr

Je soussigné(e), ..... représentant légal  
de l'enfant (nom de l'enfant)..... autorise, dans le  
cadre du PAI signé pour mon enfant, tout adulte de

- l'équipe éducation de l'école
- l'équipe de la cantine
- l'équipe de la garderie périscolaire

- A administrer les médicaments prescrits par le Docteur .....
- A mettre en place les aménagements demandés.

Fait à .....

Le .....

**Signature des responsables légaux**

## Année scolaire 2020/2021

Madame, Monsieur,

**Votre enfant :**

**École :**

**Classe :**

a bénéficié au cours de l'année scolaire précédente d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Merci de nous retourner ce document signé après avoir coché la case correspondante

P/O Médecin de l'Education Nationale

Les secrétaires

A ce jour,

- Son état de santé nécessite toujours un PAI et il n'y a pas de changement. **Dans ce cas le PAI en cours est toujours valable.** Vous apporterez à l'école une **ordonnance de moins de trois mois** et les médicaments à donner
- Son état de santé nécessite toujours un PAI et il y a des changements (traitement, autres...)  
Dans ce cas vous voudrez bien contacter la directrice ou du directeur.
- Son état de santé ne nécessite plus de PAI

**En cas de non réponse de votre part pour le ..... et suite à une évaluation de l'équipe médicale le PAI ne sera plus valide.**

Date .....

**Signature des responsables légaux**

Coordonnées des responsables légaux :

Adresse : .....

.....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Service de Promotion de  
la Santé en Faveur des  
Elèves

Affaire suivie par  
Dr NAIESEH Moudar  
Dr CLAUDE Xavier

Secrétaires :  
Mme Laëtita GABOYARD  
Mme Miriem GRAVÉ-OUAIL

Téléphone : 01 60 23 21 82

Adresse  
Centre Médico-Scolaire  
Groupe scolaire Compayré  
Rue Paul Louis Courier  
77100 MEAUX

Mail :  
cms.meaux@ac-creteil.fr



**ACADÉMIE  
DE CRÉTEIL**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de la Seine-et-Marne

## AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Affaire suivie par :  
Dr NAISEH Moudar  
Dr CLAUDE Xavier

Je soussigné(e), ..... représentant  
légal de l'enfant (nom de l'enfant)..... autorise,  
dans le cadre du PAI signé pour mon enfant, tout adulte de

Secrétaires :  
Mme GABOYARD Laëtitia  
Mme GRAVÉ-OUAIL Miriem

- l'équipe éducation de l'école
- l'équipe de la cantine
- l'équipe de la garderie périscolaire

Téléphone : 01 60 23 21 82

Courriel : cms.meaux@ac-creteil.fr

Adresse :  
Centre Médico-Scolaire  
Groupe Scolaire Compayré  
Rue Paul Louis Courier  
77100 MEAUX

- A administrer les médicaments prescrits par le Docteur .....
- A mettre en place les aménagements demandés.

Fait à .....  
Le .....

**Signature des responsables légaux**