

P.A.I

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLE DE LA SANTÉ

Document à retourner pour le 12 septembre à Madame DOPP, responsable pédagogique Collège et à Madame STAALI, responsable pédagogique Lycée

ÉLÈVE CONCERNÉ

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Nom de l'établissement scolaire :

GRUPE SCOLAIRE PRIVÉ CATHOLIQUE SAINT –JOSEPH LA SALLE

Adresse : 12 avenue du 8 mai 1945
93500 PANTIN

Téléphone : 01.48.45.85.60

RÉFÉRENTS À CONTACTER

	Mère	Père	Autre
Nom			
Tel domicile			
Tel travail			
N° portable			

Médecins référents :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Service spécialisé hospitalier :

Nom : Tél :



SAMU : 15 (ou 112 d'un portable)

Si appel du 15, informer de l'existence du PAI et le transmettre aux services de secours

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

PRISE DE MÉDICAMENTS : (ordonnance obligatoire)

Médicaments (nom, mode de prise, horaires ...)

AUTRES SOINS :

RÉGIME ALIMENTAIRE : (ordonnance obligatoire)

- Panier repas
- Réhydratation en classe possible
- Autre :

AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PRÉVOIR

Pour l'Éducation Physique et Sportive : conditions atmosphérique, adaptations selon l'avis du médecin référent (joindre certificat médical)

- Transports scolaires
 - Pour les sorties d'une journée et lors de déplacements : prendre la trousse d'urgence
 - Horaires adaptés
 - Autorisation de sortie dès que l'élève en ressent le besoin (accompagné d'un camarade)
 - Utilisation de l'ascenseur (certificat médical obligatoire)
 - Aménagements aux examens et aux contrôles (bilan médical obligatoire à fournir)
-

01 48 45 85 60

12 avenue du 8 mai 1945, 93500 PANTIN

contact@lasallepantin.fr

<http://lasallepantin.fr>



PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE

À remplir lisiblement par le médecin traitant en conformité avec l'ordonnance jointe.

SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR Médicaments, posologie, mode d'administration

DATE, NOM ET SIGNATURE DU MÉDECIN :



Les parents veilleront à renouveler les médicaments périmés ou utilisés.

DEMANDE DE PAI

Sur le temps scolaire :

Je, soussigné, responsable légal de l'enfant demande la mise en place d'un PAI et autorise mon enfant à prendre le traitement prescrit dans le PAI, conformément à l'ordonnance jointe, avec l'aide d'un adulte informé et volontaire.

Signature des responsables légaux :

SIGNATAIRES DU PAI

Des deux Représentants légaux

Nom

Date

Chef d'établissement

Dr.....

Date :

Médecin

Date :

Responsable vie
Scolaire

Nom :

Date :

Professeur Principal

Nom :

Date :

Nom :

Professeur d'E.P. S

Date :

PAI mis en place le :

pour une durée de

Points importants à ne pas oublier :

- LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE
- INFORMATION DE TOUT LE PERSONNEL
- EN CAS D'APPEL AU SAMU INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT
- IL EST RAPPELÉ LA DISCRETION PROFESSIONNELLE DUE PAR TOUTE PERSONNE DÉTENANT CES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

01 48 45 85 60

12 avenue du 8 mai 1945, 93500 PANTIN

contact@lasallepantin.fr

http://lasallepantin.fr

