

Année scolaire : 2026- 2027

P.A.I

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLE DE LA SANTE

ELEVE CONCERNE

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Nom de l'établissement scolaire :

GROUPE SCOLAIRE PRIVEE CATHOLIQUE SAINT –JOSEPH LA SALLE

Adresse : 12, avenue du 8 mai 1945
93500 PANTIN

Téléphone : 01.48.45.85.60

REFERENTS A CONTACTER

	Mère	Père	Autre
Nom			
Tel domicile			
Tel travail			
N° portable			

Médecins référents :

Nom : Tel :

Nom : Tel :

Service spécialisé hospitalier :

Nom : Tel :

SAMU : 15 (ou 112 d'un portable)

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

01 48 45 85 60

12 avenue du 8 mai 1945, 93500 PANTIN

contact@lasallepantin.fr

http://lasallepantin.fr



BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

☐ **PRISE DE MEDICAMENTS : (ordonnance obligatoire)**

Médicaments (nom, mode de prise, horaires.)

☐ **AUTRES SOINS :**

☐ **REGIME ALIMENTAIRE : (ordonnance obligatoire)**

☐ Panier repas

☐ Réhydratation en classe possible

☐ Autre :

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR

☐ Pour l'Education 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)



PROTOCOLE D'INTERVENTION D'URGENCE

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

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

DATE, NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN :

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

Date :

Médecin

Dr.....

Date :

Responsable vie
Scolaire

Nom :

Date :

Professeur Principal

Nom :

Date :

Professeur d'E.P. S

Nom :

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 RAPPELE LA DISCRETION PROFESSIONNELLE DUE PAR TOUTE PERSONNE DETENANT CES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

