

RENOUVELLEMENT PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Date du 1^{er} PAI :

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe :
Etablissement	Ville :
Adresse :	Mail :
Téléphone fixe : Téléphone mobile :	

Vous trouverez ci-joint, l'ancien protocole de soins d'urgence concernant votre enfant.

- ☐ Je souhaite qu'il soit renouvelé pour l'année 20..... /20.....
☐ Je ne souhaite pas qu'il soit renouvelé pour l'année 20..... /20.....

Si vous souhaitez le renouvellement consulter le médecin prescripteur :

- ☐ Il n'y a pas de modifications du protocole (médicaments et doses).
joindre une ordonnance récente avec des médicaments non substituables.
☐ Il y a des modifications :
remplir un nouveau protocole et fournir une nouvelle ordonnance avec des médicaments non substituables.

Signature et cachet du médecin prescripteur :

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.

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Nom et Signature du représentant légal :

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Chef d'établissement / Directeur de l'école :

Enseignant :

Autres :