

DEMANDE de RECONDUCTION du PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Déjà en place dans l'établissement l'année précédente

A remplir par la famille

Et à remettre au Directeur de l'école ou au Chef d'établissement pour SIGNATURE

Je, soussigné (e) :

Parent ou tuteur légal de l'enfant :

Né(e) le :

Scolarisé(e) en classe de.....dans l'établissement.....

Téléphone Père : Domicile.....Portable.....Travail.....

Téléphone Mère : Domicile.....Portable.....Travail.....

Cocher les mentions choisies :

Demande la reconduction du Projet d'Accueil Individualisé.

EN CAS DE PROTOCOLE D'URGENCE ET/OU REGIME ALIMENTAIRE

J'autorise, les personnels de l'établissement à :

- Administrer le ou les médicaments nécessaires à mon enfant, selon le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence ci-joint.
- Organiser la prise du repas selon les mêmes modalités que l'année dernière.

Je m'engage à :

- Faire connaître toute modification du traitement et/ou du régime alimentaire.
- Renouveler les médicaments périmés de la trousse aux dates requises.
- Reprendre en fin d'année scolaire la trousse de médicaments remise à la rentrée.

Je remets ce jour :

(Lors de la remise des pièces suivantes, le Directeur d'école, le Chef d'établissement ou le personnel en charge des PAI dans l'établissement coche les cases correspondantes)

- Le protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence actualisé, rédigé par le médecin prescripteur.
- Les médicaments* (date de péremption vérifiée) indiqués sur le protocole dans une trousse au nom de l'enfant (*ou correspondance avec le médicament générique notée sur la boîte)

Demande à rencontrer le médecin scolaire de l'établissement en raison d'une modification notable de la pathologie et/ou du traitement.

A.....LESIGNATURE des parents ou du tuteur légal :

PRISE EN COMPTE DANS L'ETABLISSEMENT ET EN PERISCOLAIRE

Lieu de stockage des médicaments

Signature du Directeur (trice) ou
du Chef d'établissement

Signature autre partenaire
Indiquer sa fonction



Les originaux de la demande de reconduction et du protocole de soins et d'intervention en cas d'urgence doivent être conservés dans l'établissement

Une copie de ces documents doit être adressée au service de restauration scolaire s'il est concerné.



AUTORISATION PARENTALE
Pour prise de médicaments ponctuelle
sur le temps scolaire

Année 20.. / 20..

Je soussigné(e) : père, mère ou tuteur légal
de l'enfant : né(e) le :

Fréquentant l'établissement :

en classe de :

DEMANDE ET AUTORISE LES PERSONNELS
DE L'EDUCATION NATIONALE

1. A administrer le ou les médicament(s) nécessaire(s) à la santé de notre enfant et
prescrits par le médecin traitant sur le temps scolaire sur la période

Du au

Nom du médicament
Posologie :

Ordonnance à joindre à l'autorisation

A, le

Signature des Parents ou tuteur légal