

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 :

GRUPE SCOLAIRE PRIVEE CATHOLIQUE SAINT –JOSEPH LA SALLE

Adresse : 12, avenue du 8 mai 1945
93500 PANTIN

Téléphone : 01.48.45.85.60

PARTIES PRENANTES

Nom de parents :
Adresse :
.....

Nom du chef d'établissement : Mme Aurélie FRADIN

Adresse administrative : 12, avenue du 8 mai 1945
93500 PANTIN

Téléphone : 01.48.45.85.60

REFERENTS A CONTACTER

Nom de la mère :
Tel domicile :
Tel travail :
Portable :

Nom du père :
Tel domicile :
Tel travail :
Portable :

Médecin référents :

Nom :
Nom :

Tel :
Tel :

Service spécialisé hospitalier :

Nom du médecin : Tel :



BESOINS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prise de médicaments
<input type="checkbox"/> Eviction d'allergène | <input type="checkbox"/> Panier-repas
<input type="checkbox"/> Autre : |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Traitement médical : prise de médicaments ou soins

- En application de l'ordonnance

Régime alimentaire :

.....

.....

.....

Conduite à tenir par l'école en cas d'urgence :

- En application du protocole

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR DANS LE CADRE

- De l'enseignement de l'Education Physique et Sportive
- Des transports scolaires
- Des sorties et des classes transplantées
- Des déplacements dans et en dehors de l'école
- Autres :

TROIS POINTS IMPORTANTS

- Localisation de la trousse d'urgence de l'enfant :
- Information systématique de toute personne (remplaçant, cantine,...)
- Si appel au SAMU toujours l'informer de l'existence de ce document

SIGNATAIRES

Représentant légal

Nom :

Date :

Chef d'établissement

Aurélié FRADIN

Date :

Médecin

Dr......

Date :

Responsable service
Santé scolaire

Nom :

Date :

Professeur Principal

Nom :

Date :

Professeur d'E.P.S

Nom :

Date :



Année scolaire : 2022-2023

ELEVE CONCERNE

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Nom de l'établissement scolaire :

GRUPE SCOLAIRE PRIVE CATHOLIQUE SAINT –JOSEPH LA SALLE

Adresse : 12 avenues du 8 mai 1945
93500 PANTIN

Téléphone : 01.48.45.85.60

Signes d'appel, symptômes visibles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mesures à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Permanences téléphoniques d'urgence : SAMU 15 ou 112 (d'un portable)

Coordonnées téléphoniques du médecin prescripteur :

Nom..... **Tel :**



DEMANDE ECRITE DES PARENTS

Je soussigné(e) Madame – Monsieur.

Responsable légal de l'enfant.

Demeurant.

.....

Demande qu'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) soit établi pour mon enfant.

Autorise l'administration à mon enfant du traitement prescrit dans le P.A.I, par tout adulte de la communauté éducative et administrative de l'établissement.

Fait à :

le :

Nom du responsable légal :

Signature :

01 48 45 85 60

12 avenue du 8 mai 1945, 93500 PANTIN

contact@lasallepantin.fr

<http://lasallepantin.fr>

