



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation – Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

NOM : Prénom : Né(e) le : / /

Tél Mère : Tél Père :

Nom de l'établissement scolaire :

Ce document doit être complété par le médecin traitant.

Pour tout changement en cours d'année, merci de demander un document vierge à l'infirmerie ou de le télécharger sur ÉcoleDirecte. Ce document devra être à nouveau rempli et signé par votre médecin, puis retourné à l'infirmerie.

Merci de renseigner en cochant ci-dessous le PAI qui concerne votre enfant.

☐ **ALLERGIE(e) ALIMENTAIRE** (si oui, merci de remplir la fiche « allergie alimentaire »)

Traitement spécifique :
.....

☐ **ALLERGIE(S)**

Type d'allergie, et traitement spécifique :
.....

☐ **ASTHME**

Traitement spécifique :
.....

☐ **DIABÈTE** (un document médical supplémentaire pourra être demandé par l'infirmerie)

Traitement spécifique :
.....

☐ **ÉPILEPSIE** (un document médical supplémentaire pourra être demandé par l'infirmerie)

Traitement spécifique :
.....

☐ **MUCOVISCIDOSE** (un document médical supplémentaire pourra être demandé par l'infirmerie)

Traitement spécifique
.....

☐ **AUTRE PAI :**

Traitement spécifique :
.....



ALLERGIE ALIMENTAIRE

À compléter obligatoirement en cas de PAI alimentaire

NOM : Prénom : Né(e) le : / /

Tél Mère : Tél Père :

Nom de l'établissement scolaire :

Ce document doit être complété par le médecin traitant.

L'infirmerie se garde le droit de refuser un dossier, si ce dernier est incomplet et/ou non signé conformément à la demande.

Allergie à :

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

À remplir par les responsables légaux

- ☐ Restauration scolaire autorisée sans panier repas mais avec éviction simple
- ☐ Restauration autorisée dans la collectivité mais avec panier repas fourni par la famille.
- ☐ Restauration scolaire non autorisée.
- ☐ Goûter d'anniversaire fourni par l'école
- ☐ Goûter d'anniversaire fourni par la famille

À remplir par le responsable de la restauration

Le mode de restauration proposé convient à la restauration scolaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Proposition d'adaptation par le responsable en charge de la restauration scolaire de l'établissement :

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

Date : / /

Signature et cachet du médecin traitant :

Signature responsable 1 :

Signature du chef d'établissement :

Signature responsable 2 :

Signature du responsable de la restauration :



SIGNATAIRES DU P.A.I.

Je soussigné(e) M/Mme,
responsable de l'enfant, en classe de,
demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé et autorise mon enfant à prendre le traitement
prescrit pour son PAI sous l'autorité du chef d'établissement, ou de tout autre adulte informé et volontaire,
conformément à l'ordonnance jointe au PAI.

Ce projet d'accueil individualisé est mis en place :

- ☐ sur le temps scolaire
- ☐ sur le temps périscolaire

STATUT	NOM et PRÉNOM	SIGNATURE
PÈRE		
MÈRE		
CHEF D'ÉTABLISSEMENT		
ENSEIGNANT DE LA CLASSE		
SURVEILLANTS		
CANTINE/ÉTUDE/GARDERIE		
INFIRMERIE		
MÉDECIN		

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est mis en place sous une durée d'un an (période scolaire).
Merci de fournir les documents datés pour une année complète.
Chaque PAI est à venir récupérer à la fin d'année, et à renouveler, si nécessaire, l'année suivante.

Date de mise en place :
Date de renouvellement :