

## DEMANDE DE RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Date du PAI de l'année scolaire précédente : .....

Document transmis à la famille le : .....

Circulaire du 10/02/2021 (NOR : MENE 210482C) - Bulletin Officiel n°9 du 4/03/2021

Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

Règlement n°1169/2011 dit INCO, publié au JOUE le 22 novembre 2011 : information du consommateur sur les denrées alimentaires

### ELEVE CONCERNE

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

### DEMANDE DE LA FAMILLE

- Je souhaite que le PAI soit renouvelé pour l'année 20..... /20.....
   
 Je ne souhaite pas que la PAI soit renouvelé pour l'année 20..... /20.....

**Si vous souhaitez le renouvellement : consulter le médecin qui suit l'élève**

- Il n'y a pas de modifications** de la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » (médicaments et doses).

Joindre la fiche et une ordonnance récente avec des médicaments non substituables.

- Il y a des modifications** du traitement/médicaments :

Remplir une nouvelle fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence »

et fournir une nouvelle ordonnance avec des médicaments non substituables.

Je soussigné.....père, mère, représentant légal, élève majeur, demande 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 ou représentants légaux ou de l'élève majeur, de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.**

Date :

  

Nom et Signature des parents, du représentant légal ou de l'élève majeur :

**Les parties qui datent et signent ci-dessous 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.**

Directeur d'école/chef d'établissement :

Infirmier :

Enseignant :

Responsable des activités périscolaires :

Responsable de la restauration scolaire :