

Demande de la famille :

Je soussigné :
demande que toute personne en charge de mon enfant :
à l'école, lui administre le traitement désigné dans le PAI et applique, si nécessaire, le protocole d'urgence.

Première signature	RENOUVELLEMENTS			
Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :	Année Scolaire : Classe : Date :
Signataires du projet :				
L'enfant ou l'adolescent :				
Les parents ou le représentant légal :				
Le directeur ou chef d'établissement :				
L'enseignant :				
Le médecin spécialiste ou le médecin traitant :				
Le médecin de l'éducation nationale :				
L'infirmière de l'établissement :				
Le représentant de la municipalité :				

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ► Allergie Alimentaire

Circulaire N°2003-135 du 08.09.2003
Encart B.O. EN N°34 du 18 septembre 2003

**Mission de promotion de la santé
en faveur des élèves**

Année scolaire du premier PAI :

Reconduction (préciser l'année scolaire) :

ELEVE CONCERNE Nom, Prénom :	ANNEE SCOLAIRE Date de naissance :
Adresse du lieu de vie de l'élève :	
Etablissement scolaire :	Classe :

PARTIES PRENANTES

Coordonnées des responsables légaux

NOM - PRENOM	ADRESSE (si différente de l'élève)	TELEPHONE
Parent		Dom Port Travail
Parent		Dom Port Travail
Autre responsable légal		

Directeur d'école ou chef de l'établissement :

Médecin de l'Education nationale :

Infirmier (ère) scolaire :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste ou service spécialisé :

Représentant de la municipalité :

REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

☎ Parents ou responsables légaux

☎ SAMU : 15 – 112

☎ Médecin ou service hospitalier :

☎ Autre :

