

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 INDIVIDUALISÉ ► Epilepsie

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

Année scolaire du premier PAI :

Reconduction (préciser l'année scolaire) :

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

--

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 :

ELEVE Nom – Prénom :

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT ou DE L'ADOLESCENT

UTILISATION DU MATERIEL INFORMATIQUE

Le matériel informatique (écrans, tablettes) :
[] peut être utilisé sans problème
[] est à éviter
[] est à utiliser avec les précautions suivantes :

EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

L'élève peut pratiquer toutes les activités sportives OUI [] NON []
Si non, lesquelles sont contre-indiquées ou à adapter (en particulier sports nautiques, natation, escalade et activités en hauteur) ?

SORTIES SCOLAIRES

[] Prendre impérativement le PAI + la trousse d'urgence
[] Prévoir un téléphone portable selon le lieu de la sortie.
[] Accompagnement nécessaire d'un des parents.
[] Autre (à préciser).....

TRAITEMENT MEDICAL – AUTRES CONSIGNES

..... ;
..... ;

ELEVE : Nom – Prénom Année scolaire :
Classe :

PHOTO

PROTOCOLE D'URGENCE

Table with 2 columns: 'Signes présentés par l'enfant ou l'adolescent' and 'Mesures à prendre'. It lists signs of distress (e.g., head rotation, loss of consciousness) and emergency instructions (e.g., stay with the child, call SAMU 15, do not give food/drink).

Localisation de la trousse d'urgence :
..... ;
Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
Rappel : la circulaire n'autorise aucune administration intra-rectale.

[] Courrier joint pour médecin des urgences DATE :
TAMPONS et Signatures : du médecin traitant du médecin de l'Education Nationale