

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)**

**ASTHME**

**1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Élève concerné**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe :

Date de naissance : .....

Adresse .....

.....

Conformément à la Circulaire n° 2003-115 du 8 septembre 2003, parue au Bulletin Officiel n° 34 du 18 septembre 2003, le protocole d'accueil est établi à la demande de la famille par le Directeur de l'Etablissement Scolaire, en concertation étroite avec le Médecin Scolaire, à partir des besoins thérapeutiques de l'élève, précisés dans une ordonnance signée du Médecin traitant et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie.

Le présent « Projet » définit, par écrit, les modalités particulières de la vie quotidienne à l'école, les conditions des interventions médicales, paramédicales et de soutien, ainsi que les adaptations apportées à la scolarité et aux activités scolaires et périscolaires de l'élève.

Je soussigné(e) .....père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur .....

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 et les autorise à pratiquer les gestes et à administrer les traitements prévus dans ce document.

Date : .....

Signature :

**Les parties prenantes**

Les signataires du PAI et toutes les personnes informées de l'existence du PAI.

:

**Référents à contacter** (*numéros de téléphone*)

Domicile .....

Travail de la mère : ..... Portable de la mère : .....

Travail du père : ..... Portable du père : .....

**POMPIERS : 18 ou 112 (depuis les portables) SAMU...15**

Médecin prescripteur Téléphone .....

Autres.....

## 2 - TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical (prise de médicaments par voie orale ou inhalée) en application de l'ordonnance du Médecin traitant est joint au présent PAI et précise la marche à suivre.

Si vous souhaitez que d'autres informations soient fournies au médecin d'urgence, merci de les joindre au présent PAI sous enveloppe.

Les médicaments, fournis par les parents conformément à l'ordonnance, doivent être clairement identifiés aux nom et prénom de l'enfant et seront stockés à l'infirmierie.

**En cas de sortie scolaire, il est donc indispensable et obligatoire de prendre la trousse d'urgence de l'enfant et le présent PAI.**

### PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

Signes d'appel	Mesures à prendre

**Le Médecin traitant (nom et cachet)**

**Date et signature**

Signataires du présent Projet d'Accueil Individualisé, constitué le .....

Les Parents

Le Chef d'Etablissement

Le Directeur Pédagogique

Le Médecin scolaire

L'Infirmière scolaire

Le CPE

Enseignant/Professeur des écoles

Les personnels d'éducation

Le présent Projet d'Accueil Individualisé prend effet à compter du .....pour l'année scolaire en cours.

Documents annexés :

Ordonnance     Protocole de soins médical     Bilan allergologique     Autre