

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ V

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :
NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (tampon) : CLASSE :	

PARTIES PRENANTES

Coordonnées des responsables légaux

NOM – PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE
Parent effectuant la demande de PAI :		Fixe Portable Mail
Parent :		Fixe Portable Mail
Autre responsable légal :		Fixe Portable Mail

Centre Médico-Scolaire de référence :

RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Parents ou responsables légaux :
- Centre 15 / 112
- Médecin ou service hospitalier :
- Autre :

ÉLÈVE Nom - Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

SYMPTÔMES	CONDUITE A TENIR
<input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires	PARACETAMOL : (<i>case à cocher</i>) <input type="checkbox"/> Moins de 20 kg : une dose poids toutes les 6h <input type="checkbox"/> De 20 à < 30 kg : 300mg toutes les 6h <input type="checkbox"/> De 30 à 60 kg : 500 mg toutes les 6h <input type="checkbox"/> Plus de 60 kg : 1g toutes les 6h
Cas particuliers (<i>à expliquer en quelques mots</i>)	Traitement :

ÉLÈVE Nom - Prénom :

Signataires (nom et signature obligatoire)

Date :

Nom du médecin qui a complété le PAI :
(tampon et signature)

Parents ou responsables légaux

Directeur d'école ou chef d'établissement

Inspecteur EN

Enseignant principal

Représentant de la collectivité
(restauration, périscolaire)

Autres intervenants (AVS.....)