

## RENOUVELLEMENT PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Fait le : ..... à .....

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)  
 Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)

### ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Etablissement	Classe :
Adresse :	

En l'absence de modification dans le protocole de prise en charge de votre enfant, merci de compléter le document ci-dessus et d'apporter une ordonnance récente correspondant au traitement à donner à l'école pour l'année en cours (les soins proposés devant être identiques à ceux notés dans le PAI ci joint). Agrafer l'ordonnance à cette feuille. En cas de modification de traitement demander au médecin de remplir la feuille protocole d'urgence.

Je soussigné..... 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..... 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.

Nom et Signature du représentant légal : .....

### SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Les parties prenantes 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.

Chef d'établissement / Directeur de l'école :

Médecin de l'éducation nationale / PMI/Crèche:

Infirmier(ère) :

Enseignant :

Autres :