ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Aude

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Date du 1er PAI : ……

ELEVE CONCERNE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe :
Etablissement	Ville :
Adresse : Téléphone fixe : Téléphone mobile :	Mail :

☐ Je souhaite que le PAI soit renouvelé pour l'année 20….. /20…….
☐ Je ne souhaite pas que le PAI soit renouvelé pour l'année 20……. /20…….

En cas de renouvellement du PAI :

- **pas de modifications du traitement (mêmes médicaments)** :

- joindre une ordonnance de moins de trois mois à remettre au directeur d'école accompagnée de la page «Conduite à tenir en cas d'urgence », complétée par le médecin traitant, joindre les médicaments étiquetés au nom de l'enfant.

- **modifications du traitement :**
  - Compléter un nouveau PAI (parties 1-2-3 et annexes) et l'envoyer au CMS de Carcassonne ou de Narbonne pour validation par le médecin de l'éducation nationale, dès son retour le remettre au directeur d'école ou au personnel infirmier dans les collèges et lycées, avec les médicaments étiquetés au nom de l'enfant.

Je soussigné…….. père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil .
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.
Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

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 :

Enseignant : Autres : Infirmière