

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
Circulaire N°2003-135 du 8/9/03

**Reconduction du PAI à l'identique
pour l'année scolaire 20 - 20**

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant

1 – demande le renouvellement du Projet Accueil Individualisé (PAI) 20 -20 à l'identique et autorise mon enfant, avec l'aide d'un adulte **informé, volontaire et signataire**, à prendre le traitement prescrit dans le PAI 20 -20 conformément à la prescription médicale et /ou au protocole d'intervention du ou des Docteur(s).....

2 – m'engage à fournir une **ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments afférents** d'une validité couvrant toute l'année scolaire en cours.

3 - autorise le chef d'établissement à transmettre ce document à tout personnel en charge de mon enfant sur le temps scolaire et si besoin périscolaire.

DATE :

SIGNATURES des REPRESENTANTS LEGAUX

Signatures des partenaires de l'Education Nationale

Date :

Directeur/Chef d'Etablissement :

Médecin Education Nationale : (en charge de la faisabilité du PAI pour le temps scolaire)

Professeur Principal :

Infirmier Education Nationale :

Professeur EPS :

Partenaire (s) extérieur (s) :

Représentant de la Mairie ou de l'Instance territoriale :