**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
POUR ENFANT ASTHMATIQUE
ANNEE SCOLAIRE 201... - 201...**

PREMIER PAI

RENOUVELLEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :

NOM DE L'ELEVE:..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Etablissement scolaire : Classe :.....

NOM DU RESPONSABLE LEGAL:.....

Adresse :.....

TELEPHONES en cas d'urgence, (à maintenir actualisés):

.....
.....

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussigné , père , mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements ci-dessous fournis par mon médecin traitant le Dr

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève.

Localisation de la trousse d'urgence : l'élève a son traitement d'urgence sur lui

FONCTION	NOM	SIGNATURE	DATE
Chef d'établissement			
Médecin scolaire			
Infirmière scolaire			
Professeur principal			
Professeur EPS			
CPE			