ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Date du PAI de l'année scolaire précédente : ……
Document transmis à la famille le : ……

Circulaire du 10/02/2021 (NOR : MENE 210482C) - Bulletin Officiel n°9 du 4/03/2021
Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06/2001)
Règlement n°1169/2011 dit INCO, publié au JOUE le 22 novembre 2011 **:** information du consommateur sur les denrées alimentaires

ELEVE CONCERNE

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

DEMANDE DE LA FAMILLE

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

Si vous souhaitez le renouvellement : consulter le médecin qui suit l'élève

□ **Il n'y a pas de modifications** de la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » (médicaments et doses).
Joindre la fiche et une ordonnance récente avec des médicaments non substituables.

□ **Il y a des modifications** du traitement/médicaments :
Remplir une nouvelle fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence »
et fournir une nouvelle ordonnance avec des médicaments non substituables.

Je soussigné……..père, mère, représentant légal, élève majeur, demande 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.
Il est de la responsabilité des parents ou représentants légaux ou de l'élève majeur, de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Date :

Nom et Signature des parents, du représentant légal ou de l'élève majeur :

Les parties qui datent et signent ci-dessous 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.

Directeur d'école/chef d'établissement : Infirmier : Enseignant :

Responsable des activités périscolaires : Responsable de la restauration scolaire :