

Demande de reconduction du Projet d'Accueil Individualisé

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 :	Mail :
	Téléphone fixe :
	Téléphone mobile :

DEMANDE DE LA FAMILLE

- ☐ 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.....

Si vous souhaitez le renouvellement : consulter le médecin qui suit votre enfant

☐ Il n'y a pas de modifications de la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » (**même médicaments et même posologies**) :

Signer cette demande de reconduction et joindre une ordonnance récente avec des médicaments non substituables.

☐ Il y a des modifications :

○ **Même médicaments, mais posologie modifiée suite à l'évolution du poids de l'enfant :**

Le médecin qui suit l'enfant remplit une nouvelle fiche « conduite à tenir en cas d'urgence »

Signer cette demande de reconduction et joindre la nouvelle fiche « conduite à tenir en cas d'urgence », ainsi qu'une ordonnance récente avec des médicaments non substituables.

○ **Modification du médicament :**

Refaire une procédure complète de demande de PAI

Signature du médecin prescripteur :

NB : 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.

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.

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 :

Enseignant :

Infirmière / infirmier scolaire :

Responsable des activités périscolaires :

Responsable de la restauration scolaire :

Vos informations personnelles sont conservées de façon sécurisée dans un cadre de confiance pendant la durée réglementée et strictement nécessaire aux traitements (Référence BOEN N° 24 du 16 juin 2005). L'accès à vos données personnelles est strictement limité à l'établissement d'affectation ; ainsi qu'aux services de secours et de soins amenés à prendre en charge votre enfant dans le cadre d'une urgence.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 sur la protection des données, Vous-même - et votre enfant s'il a plus de 15 ans - avez le droit d'accéder à vos données personnelles et le droit de les rectifier en formulant une demande écrite au [principal/proviseur du collège/lycée] ou Rectorat de Montpellier, Délégué à la protection des données (dgd@ac-montpellier.fr).
Les données mentionnées sur la présente fiche sont conservées par l'établissement scolaire durant l'année scolaire afin de permettre la prise en charge de votre enfant et votre information dans le cadre de l'urgence. A l'issue de ce délai, les données renseignées seront supprimées.