



ANNEXES

LETTRE POUR LES PARENTS

à Mme, M.....
Parents de l'élève.....
Ecole.....
Classe.....

Madame, Monsieur

Vous m'avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins à la restauration scolaire ou sur les temps d'accueil du service jeunesse.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

Pour cela, vous voudrez bien :

-Faire compléter le document ci-joint (protocole de soins d'urgence)

Par le médecin spécialiste de votre enfant

-joindre un bilan médical récent

-joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence prescrits (les médicaments cités dans le protocole de soins d'urgence doivent être les mêmes que ceux écrit sur l'ordonnance)

Ces documents devront être retournés sous enveloppe cachetée à la mairie de LOUVIGNÉ.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (attention les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux écrits sur le protocole de soins d'urgence sans substitution)

L'adjoint à la jeunesse,
restauration scolaire

Nom :

Prénom :

RAISONS MOTIVANT CETTE DEMARCHE :

--

PROTOCOLE A ETABLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (généraliste ou spécialiste) :

Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir (position de l'enfant, médicaments, personne à prévenir)
Signes mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive	
Signes majeurs : nécessitant des mesures à prendre en urgence	

TROUSSE D'URGENCE :

Nom	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement

Date :

Signature et cachet du médecin :

Nom :

Prénom :

TRAITEMENT SUR TEMPS SCOLAIRE SI NECESSAIRE :(nom, posologie, type de soin, par qui, où, quand) :

--

DISPENSE D'ACTIVITE :

--

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES :

Régime alimentaire :

Accessibilité des locaux :

Transports scolaires :

Déplacements scolaires en dehors de l'établissement scolaire :

Classes transplantées :

Autres :

--

Projet d'Accueil Individualisé

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003(Bulletin Officiel n° 34 du 18/09/2003)

Circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001(BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

ELEVE CONCERNE

Photo	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de naissance :	Age :
	Classe :	Sexe :

Année scolaire du 1^{er} PAI.....

PAI reconduit pour l'année scolaire.....

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant 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.

Signature du représentant légal :

Nom :

Prénom :

PERSONNES A PREVENIR

LES URGENCES :

SAMU	sur téléphone standard	15
SAMU	sur téléphone portable	112

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

LE SPECIALISTE QUI SUIV L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

POUR TOUS LES ENFANTS CONCERNES :

- **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin :**
 - Indiquer les endroits où sont déposées les troussees d'urgence.....
.....
 - Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
 - Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
 - Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation Nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale.

*** En cas de déplacement : classes transplantées ou sorties :**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

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.

Le : A.....

Responsable de l'établissement
Ou de l'école

Médecin de l'éducation nationale

Maire ou son représentant

Médecin généraliste ou spécialiste :
