Date Initiale:…………………………………

Renouvellements :…………………………………………

…..……………………………………

…………………………………...……

PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE

Circulaire n°2003-135 du 8/09/2003

|  |  |
| --- | --- |
| ELEVES  Nom :……………………………………………………………    Prénom :………………………………………………………    Date de naissance :………………………………………  Scolarisé en classe de…………………………………..    Nombre frère et sœur :……………………………….. | PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX  Mr, Mme…………………………………………………………….  Adresse………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  Téléphones :………………………………………………………  ………………………………………………………………………….. |

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE

Par ordre de priorité

1. Nom :………………………………………………..qualité :…………………..tel :…………………………………
2. Nom :………………………………………………..qualité :…………………..tel :…………………………………
3. Nom :…………………………………………………qualité :…………………..tel :………………………………..

COORDONNEES DES ADULTES QUI SUIVENT L’ENFANT

Médecin traitant :………………………………………………………………………………………...tel :………………………………..

Médecin spécialiste :…………………………………………………………………………………….tel :………………………………..

Psychologue ou psychothérapeute :…………………………………………………………….tel :…………………………………

Autre(s) :………………………………………………………………………………………………………tel :…………………………………

……………………………………………………………………………………………………….tel :………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….tel :………………………………

|  |
| --- |
| MOTIF(S) DE LA DEMANDE  MOTIF(S) :……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Demandé par :  Nom………………………………………………………………….qualité :…………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| PRISE EN CHARGE MEDICAL\*  TRAITEMENT MEDIAL :  Nom du médicament :………………………………………….. Dose :…………………………………………………….  Mode de prise :………………………………………… Horaire :………………………………………………..  Nom du médicament :………………………………………….. Dose :…………………………………………………….  Mode de prise :………………………………………… Horaire :………………………………………………..  Nom du médicament :………………………………………….. Dose :…………………………………………………….  Mode de prise :………………………………………… Horaire :………………………………………………..  REGIME ALIMENTAIRE :  □ Panier repas :………………………………………………………………………………………………………………………  □ Collation supplémentaire (fournit par la famille) :………………………………………………………………..  □ Possibilité de se réhydrater en classe :…………………………………………………………………………………  □ Autres (à préciser) :…………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| AUTRES AMENAGEMENTS\*  Accessibilité des locaux :  Déplacements scolaires en dehors de l’établissement : |

|  |
| --- |
| DISPENSE D’ACTIVITE\*  EPS :  AUTRE : |

|  |
| --- |
| AIDES ET AMENAGEMENTS PEDAGOGIQUES |

|  |
| --- |
| TIERS TEMPS\*  □ DNB □ EA □ bac   * Majoration du temps de composition ; épreuves : ECRITES PRATIQUES ORALES * Accès aux locaux * Installation matérielle dans la salle * Assistance d’un secrétaire |

\*Cadre réservé au médecin scolaire

Clôture du PAI :……………………………………………………………….

SIGNATURES :

Le présent document donne autorité aux personnels de l’établissement pour prendre toute décision selon le protocole défini. Les personnels ne peuvent être tenus pour responsables en cas d’incident ou d’accident, la signature des parents valant demande à leur égard.

Le chef d’établissement Psychologue scolaire

Le médecin scolaire Les infirmières scolaires

Les parents L’élève