

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ 2024/2025**  
**pour scolariser un enfant ou un adolescent atteint de troubles chroniques de la santé.**

**1 - L'élève**

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Classe :	Année scolaire : 2024-2025

**2 - La Famille**

Représentants légaux :	
Père - Nom :	Prénom :
Mère - Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone du domicile :	Téléphone du travail du père :
Téléphone mobile père :	Téléphone du travail de la mère :
Téléphone mobile mère :	
Adresse du père si différente de celle de la mère :	
Téléphone du domicile du père si différent de celui de la mère :	
Personnes à contacter en cas d'urgence (voisin, parent - <i>donner le lien de parenté</i> -)	
Nom :	Téléphone :
N° de Sécurité Sociale :	

*\*Fournir une photo de l'enfant*

**3 - Ecole d'accueil**

<b>Nom</b> : Ecole maternelle ET élémentaire <b>ÉCOLE NOTRE DAME SAINT ROCH</b>	
adresse : <b>37 rue Saint Roch – Paris 1er</b>	
Téléphone : <b>01 42 61 21 82</b>	E-mail : <a href="mailto:direction@ecolesaintroch.fr">direction@ecolesaintroch.fr</a>
Direction assurée par <b>Madame GUILHEN Brigitte</b>	
L'enseignant :	
Médecin scolaire <b>VACATAIRE</b> non nommé	

**4 - Renseignements utiles**

**Médecin traitant ou référent :**

Nom :	Spécialité :
Adresse :	
Téléphone :	
Service hospitalier :	
Adresse :	Téléphone :
POMPIERS : Téléphone : 18	SAMU : Téléphone : 15

**Descriptif du projet si prise de médicaments :**

Prise de médicaments par voie orale **ou inhalée en application de l'ordonnance obligatoirement fournie** en indiquant la posologie et la durée du traitement. (Seuls les médicaments cités sur l'ordonnance sont acceptés).

*Je soussigné(e) Monsieur, Madame père, mère  
de l'élève autorise(nt)*

*Madame Guilhen, Madame Bonnefis (délégation pédagogique de la direction) et l'enseignante de  
l'enfant, Madame .....  
à administrer les médicaments prescrits conformément à l'ordonnance obligatoirement jointe et à  
ses mises à jour.*

*Fait à Paris le*

Signature des parents:

## PROCOTOLE D'INTERVENTION - EN CAS D'URGENCE

à renseigner et à signer par le médecin traitant au référent

NOM de l'élève :

Classe:

**Médecin traitant** Nom :

Adresse:

Téléphone:

**Les signes d'appel :**

**Les mesures à prendre :**

*Les informations* à fournir au médecin d'urgence :

Date, signature et cachet du médecin :

Durée et échéance du projet :

Date de mise en place du projet :

**sur la période de l'année scolaire 2024-2025**

date de renouvellement : **à chaque année scolaire et pour toute modification du traitement**

Projet rédigé à Paris le

### **Signatures des différents partenaires**

Famille :

Chef d'établissement :

Délégation de la direction :

Enseignant :

Dans le protocole d'accueil d'enfant atteint de maladie **chronique nécessitant la prise de médicaments sur temps scolaire**, la famille doit :

Faire une demande de P.A.I. auprès du chef d'établissement et par l'intermédiaire de ce P.A.I mettre en relation l'école et le **médecin spécialisé ou la structure hospitalière** centre(s) de soins dans l'affection dont souffre l'enfant.

Le référent médical remplit la page le concernant **sans oublier de signer et d'apposer son cachet professionnel.**

La famille signe ensuite un Projet d'Accueil Individualisé qui valide l'information donnée aux responsables de l'enfant sur le temps scolaire.

La famille donne éventuellement à l'école les médicaments concernant le traitement accompagnés de l'ordonnance de prescription.

La famille pense à informer l'enseignant et à prémunir son enfant lors de sortie ou de voyage scolaire.