RECONDUCTION DU **P**ROJET D’**A**CCUEIL INDIVIDUALISE (**PAI**)

Un **PAI** nécessite un **renouvellement chaque année scolaire** **à la demande des parents**.

Merci de présenter au médecin qui suit votre enfant la copie du PAI de l’année scolaire précédente.

Cas 1 : Aucune modification dans le traitement ou le protocole

Le médecin qui suit votre enfant signe la reconduction et /ou joint une ordonnance en cours de validité. Chacun signe, ci-dessous, la reconduction du PAI.

Cas 2 : Protocole ou traitement modifié

Le médecin qui suit votre enfant : \* complète la fiche standard ou spécifique (et le document de liaison si nécessaire) : possibilité de les récupérer sur le site EDUSCOL :

<https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

ou \* utilise son propre document

L’ordonnance en cours de validité pourra être jointe au protocole.

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE : …………………………………………………………………………………….**

**ELEVE : NOM : ……………………………………….. Prénom : ………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNEE SCOLAIRE 2024/2025 | Date de reconduction : …………………………….. Classe : …………………  Localisation de la trousse d’urgence (médicaments + PAI signé) :   * A l’école : …………………………………………………………………………………………… * Au périscolaire : …………………………………………………………………………………… | | | |
| Fonction  NOM :  Date :  Signature : | Médecin  ……………………….  ………………………. | Parents  ……………………….  ………………………. | Directeur d’école  ……………………….  ………………………. | Médecin scolaire :  *Dr LOHMANN Claudine*  *a signé le PAI initial*  *le*…………………… |
| Fonction  NOM :  Date :  Signature : | Enseignant  ……………………….  ………………………. | Responsable périscolaire  ……………………….  ………………………. | Autre : ………………...  …………………………  ………………………… | Autre :………………..  ……………………….  ………………………. |