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 : ……………………………………………………………………………………
 |
| FonctionNOM :Date :Signature : | Médecin……………………….………………………. | Parents……………………….………………………. | Directeur d’école ……………………….………………………. | Médecin scolaire :*Dr LOHMANN Claudine**a signé le PAI initial**le*…………………… |
| FonctionNOM :Date :Signature : | Enseignant ……………………….………………………. | Responsable périscolaire……………………….………………………. | Autre : ………………...…………………………………………………… | Autre :………………..……………………….………………………. |