

# MAIRIE DE LE THORONET



*A compléter  
par la famille et le médecin traitant  
puis à retourner à la Mairie*

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Circulaire N°2003-135 du 08.09.2003  
Encart B.O. EN N°34 du 18 septembre 2003

ANNEE SCOLAIRE du premier PAI: 2021/2022

Reconduction (préciser l'année scolaire) :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou des responsables légaux :

Téléphones :

Etablissement scolaire :

Classe :

### 1 - Coordonnées des adultes qui suivent l'enfant :

Le médecin traitant :

Le service municipal en charge de l'établissement scolaire :

Autres (à préciser) :

NOM, PRENOM : \_\_\_\_\_ ETABLISSEMENT et CLASSE : \_\_\_\_\_

## 2 - Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent :

- Horaires adaptés.
- Double - jeu de livres.
- Salle de classe au rez-de-chaussée ou accessible par ascenseur.
- Mobilier adapté.
- Lieu de repos.
- Aménagement des sanitaires.
- Attente à éviter au restaurant scolaire.
- Nécessité d'un régime alimentaire : (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)
  - Eviction alimentaire (préciser) :
  - Paniers repas:
  - Possibilité de se réhydrater en classe.
  - Autre (à préciser) :
- Local pour les soins. la kinésithérapie, l'oxygène,...
- Autorisation de sortie de classe dès que l'enfant en ressent le besoin.
- Aménagement de l'éducation physique et sportive :
- Aménagement des transports :
- Demande d'aménagements aux examens.
- Nécessité de mise en place de l'assistance pédagogique à domicile.
- Sorties organisées
  - Prendre **impérativement** la trousse d'urgence.
  - Accompagnement **nécessaire** d'un des parents.
- Autre (à préciser)

## 3 - Prise en charge complémentaire :

**Médicale et paramédicale** (préciser le type et les horaires) :

**Pédagogique** (préciser, PPRE, SAPAD, CNED, ....) :

## 4 - Traitement médical (selon prescription médicale ci-jointe) :

- Prise de médicament pendant ALSH
- Protocole en cas d'urgence joint au PAI (page 3).



## 5- Demande de la famille :

Je soussigné : \_\_\_\_\_

demande que toute personne en charge de mon enfant : \_\_\_\_\_

à l'école, lui administre le traitement désigné dans le PAI et applique, si nécessaire, le protocole d'urgence.

RENOUVELLEMENT (S)				
<b>Année Scolaire :</b>	<b>Année Scolaire :</b>	<b>Année Scolaire :</b>	<b>Année Scolaire :</b>	<b>Année Scolaire :</b>
<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>
<b>Date :</b>	<b>Date :</b>	<b>Date :</b>	<b>Date :</b>	<b>Date :</b>
Signataires du projet :				
L'enfant ou l'adolescent :				
Les parents ou le représentant légal :				
Le médecin spécialiste ou le médecin traitant :				
Le représentant de la municipalité :				