

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE POUR LA PRISE  
D'UN MEDICAMENT**

**Année scolaire:** 20 - 20

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE:**

**CLASSE:**

**Nom et Prénom de l'élève concerné :**

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone des responsables légaux à contacter :

Mère: domicile:

travail:

Père: domicile:

travail:

Téléphone et nom du médecin traitant:

Signes d'appel et modalités de prise de médicament (à renseigner par le médecin traitant):

Nom, signature et cachet du médecin prescripteur:

Ce document est accompagné d'une lettre des parents autorisant l'école à appliquer les consignes du médecin prescripteur. **L'ordonnance du médecin traitant est jointe au PAI.**

Lieu où se trouvent les médicaments:

Les médicaments concernés sont:

remis à l'enseignant

portés en permanence à l'élève

Ils doivent être emportés lors des déplacements scolaires.

**DEVANT TOUT SYMPTOME INQUIETANT PAR SON INTENSITE OU SA DUREE  
APPELER LE 15 OU LE 112 ET PREVENIR LES PARENTS**

Fait à:

Le:

Les Parents

Le Chef d'établissement / Directeur d'école

Le Médecin traitant ou autre spécialiste

Autres Partenaires