

**MADAME ET MONSIEUR**  
**ADRESSE**

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

A ..... le .....

**Objet** : Suivi annuel d'un Projet d'Accueil Individualisé.

**Référence** : Circulaire du 10-2-2021 (NOR : MENE 2104832C)  
BO n°9 du 4 mars 2021 ([https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?pid\\_bo=40185](https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=40185))

Madame, Monsieur,

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) a été établi pour votre enfant au cours de l'année scolaire précédente, en partenariat avec le médecin qui le suit afin de tenir compte de ses problèmes de santé dans le cadre de sa scolarisation. En référence à la circulaire du 10 février 2021, ce PAI peut être reconduit selon les modalités définies précédemment ou modifié en cas d'évolution de sa pathologie.

Je soussigné(e), M/Mme.....  
Représentant(s) légal (aux) de l'enfant .....

Demande la reconduction du PAI pour l'année scolaire 20...../ 20..... :

**Sans modification, afin de permettre le renouvellement du PAI à l'identique**

Merci de bien vouloir transmettre à l'établissement scolaire :

- Partie 1 renseignements administratifs avec coordonnées actualisées à compléter et à signer par le ou les représentants légaux
- Ordonnance de moins de 3 mois (valable 1 an)
- Médicaments prescrits avec date de péremption vérifiée et valide (remis au directeur d'école ou à l'infirmier-ère)

**Avec modification, en cas de modification de la conduite à tenir en cas d'urgence (partie 3)**

Merci de bien vouloir transmettre à l'établissement scolaire :

- Partie 1 renseignements administratifs avec coordonnées actualisées à compléter et à signer par le ou les représentants légaux
- Partie 3 nouvelle fiche de conduite à tenir en cas d'urgence à faire compléter et signer par le médecin qui suit l'enfant
- Nouvelle ordonnance de moins de 3 mois (valable 1 an)
- Médicaments prescrits avec date de péremption vérifiée et valide (remis au directeur d'école ou à l'infirmier-ère)
- Courrier ou fiche de liaison médicale éventuelle (sous pli confidentiel)

Le médecin de l'éducation nationale sera destinataire, pour validation du PAI, des nouveaux documents médicaux.

Votre médecin traitant ou spécialiste peut compléter et signer les documents numériquement en les téléchargeant sur le site suivant : <https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

Je ne souhaite pas que le PAI de mon enfant soit reconduit.

Le .....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux)

**La partie du PAI relative aux soins sera mise en œuvre dès réception des documents demandés. Dans l'attente, il sera fait appel au SAMU en cas d'urgence, les personnels ne pouvant légalement administrer un médicament sans prescription médicale.**

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

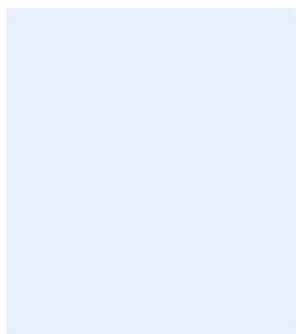
**La directrice d'école / Le directeur d'école**  
**La cheffe d'établissement / Le chef d'établissement**

## Projet d'accueil individualisé (PAI)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



Élève	
Nom / Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	Établissement scolaire :

#### Responsables légaux ou élève majeur :

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	@ e-mail	☎ N° Téléphone	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

	PAI 1 <sup>ère</sup> demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

#### Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place.

Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

**Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Chef d'établissement</b>				
<b>Directeur d'école</b>				
<b>Directeur d'établissement</b>				
<b>Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure</b>				
<b>Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				
<b>Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil</b>				

**Partenaires :**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
<b>Médecins traitants, services hospitaliers</b>				
<b>Représentant du service de restauration</b>				
<b>Responsable des autres temps périscolaires</b>				
<b>Autres :</b>				

Nom de l'élève