

NOM :

PRENOM :



## **PAI**

Circulaire n° 2003-135 (BO n° 134 du 18 septembre 2003)

Classe : .....

Année scolaire : .....

### **L'élève :**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....     o interne     o demi-pensionnaire

o externe     o interne-externé

ADRESSE :

.....  
.....

### **Les responsables légaux :**

NOM-PRENOM : .....     NOM-PRENOM : .....

Tél domicile : .....     Tél domicile : .....

Professionnel : .....     Professionnel : .....

Portable : .....     Portable : .....

### **Les référents :**

Médecin traitant : Dr.....     Tél : .....

Adresse : .....

Médecin spécialiste (préciser la spécialité) : Dr.....

Tél : .....     Adresse : .....

Service hospitalier : .....     Tel : .....

Adresse : .....

NOM :

PRENOM :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de  
....., autorise les personnels de l'établissement à lui  
délivrer les médicaments prescrits par son médecin et dont la liste et les posologies  
figurent sur l'ordonnance jointe.

A ....., le .....

### **SIGNATAIRES DU PROJET**

L'élève :

Les responsables légaux :

Le médecin :

Le chef d'établissement :

L'infirmière scolaire :

Le professeur principal :

Autre (précisez) :

*Un exemplaire sera remis à chaque signataire*

O photocopies ordonnances

NOM :

PRENOM :

**SOINS :**

**1/ Prise de traitement** par voie orale ou inhalée, par voie sous cutanée, ***hors urgence***, en application de l'ordonnance ci-jointe :

Traitement géré par :      o l'élève                                      o l'infirmière

Nom du médicament	Mode d'administration

**Il est de la responsabilité des parents :**

- De fournir le traitement en quantité suffisante à l'infirmière
- De vérifier la date de péremption des médicaments et de les remplacer lorsqu'ils sont périmés
- D'informer l'infirmière de l'établissement à chaque changement de traitement et de lui fournir une copie de la nouvelle ordonnance

**2/ Protocole d'urgence :** merci de joindre la prescription médicale ainsi que la trousse d'urgence correspondante (à remettre en main propre à l'infirmière)

Symptômes :

.....  
.....  
.....

Signes de gravité :

.....  
.....  
.....

Conduite à tenir :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOM :

PRENOM :

**3/ Education physique et sportive et/ou travaux pratiques** (noter les précautions éventuelles) : .....

.....  
.....

**4/ Sorties scolaires** (noter les précautions éventuelles) :

.....  
.....  
.....

Rappel : le secret médical s'impose au personnel de santé, de même que le droit de réserve aux membres de l'équipe éducative.