

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ 2025/2026**  
**pour scolariser un enfant ou un adolescent atteint de troubles chroniques de la santé.**

**1 - L'élève**

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| Nom :               | Prénom:                    |
| Date de naissance : | Sexe :                     |
| Classe :            | Année scolaire : 2025-2026 |

**2 - La Famille**

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Représentants légaux :   |                                   |
| Père - Nom:  | Prénom :                          |
| Mère - Nom :   | Prénom :                          |
| Adresse :  |                                   |
| Téléphone du domicile :  | Téléphone du travail du père :    |
| Téléphone mobile père :  | Téléphone du travail de la mère : |
| Téléphone mobile mère :  |                                   |
| Adresse du père si différente de celle de la mère :  |                                   |
| Téléphone du domicile du père si différent de celui de la mère :                             |                                   |
| Personnes à contacter en cas d'urgence (voisin, parent - <i>donner le lien de parenté</i> -) |                                   |
| Nom :  | Téléphone :                       |
| N° de Sécurité Sociale :   |                                   |

*\*Fournir une photo de l'enfant*

**3 - Ecole d'accueil**

|   |   |
|---|---|
| <b>Nom</b> : Ecole maternelle ET élémentaire <b>ÉCOLE NOTRE DAME SAINT ROCH</b> |   |
| adresse : <b>37 rue Saint Roch – Paris 1er</b>                                  |   |
| Téléphone : <b>01 42 61 21 82</b>   | E-mail : <a href="mailto:direction@ecolesaintroch.fr">direction@ecolesaintroch.fr</a> |
| Direction assurée par <b>Madame GUILHEN Brigitte</b>                            |   |
| L'enseignant :  |   |
| Médecin scolaire <b>VACATAIRE</b> non nommé                                     |   |

**4 - Renseignements utiles**

**Médecin traitant ou référent :**

|                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| Nom :                     | Spécialité :          |
| Adresse :                 |                       |
| Téléphone :               |                       |
| Service hospitalier :     |                       |
| Adresse :                 | Téléphone :           |
| POMPIERS : Téléphone : 18 | SAMU : Téléphone : 15 |

**Descriptif du projet si prise de médicaments :**

Prise de médicaments par voie orale **ou inhalée en application de l'ordonnance obligatoirement fournie** en indiquant la posologie et la durée du traitement. (Seuls les médicaments cités sur l'ordonnance sont acceptés).

*Je soussigné(e) Monsieur, Madame père, mère  
de l'élève autorise(nt)*

*Madame Guilhen, Madame Bonnefis (délégation pédagogique de la direction) et l'enseignante de  
l'enfant, Madame .....  
à administrer les médicaments prescrits conformément à l'ordonnance obligatoirement jointe et à  
ses mises à jour.*

*Fait à Paris le*

Signature des parents:

## PROCOTOLE D'INTERVENTION - EN CAS D'URGENCE

à renseigner et à signer par le médecin traitant au référent

NOM de l'élève :

Classe:

**Médecin traitant** Nom :

Adresse:

Téléphone:

**Les signes d'appel :**

**Les mesures à prendre :**

*Les informations* à fournir au médecin d'urgence :

Date, signature et cachet du médecin :

Durée et échéance du projet :

Date de mise en place du projet :

**sur la période de l'année scolaire 2025-2026**

date de renouvellement : **à chaque année scolaire et pour toute modification du traitement**

Projet rédigé à Paris le

### **Signatures des différents partenaires**

Famille :

Chef d'établissement :

Délégation de la direction :

Enseignant :

Dans le protocole d'accueil d'enfant atteint de maladie **chronique nécessitant la prise de médicaments sur temps scolaire**, la famille doit :

Faire une demande de P.A.I. auprès du chef d'établissement et par l'intermédiaire de ce P.A.I mettre en relation l'école et le **médecin spécialisé ou la structure hospitalière** centre(s) de soins dans l'affection dont souffre l'enfant.

Le référent médical remplit la page le concernant **sans oublier de signer et d'apposer son cachet professionnel.**

La famille signe ensuite un Projet d'Accueil Individualisé qui valide l'information donnée aux responsables de l'enfant sur le temps scolaire.

La famille donne éventuellement à l'école les médicaments concernant le traitement accompagnés de l'ordonnance de prescription.

La famille pense à informer l'enseignant et à prémunir son enfant lors de sortie ou de voyage scolaire.