

DOCUMENT A RETOURNER A L'ETABLISSEMENT FREQUENTE
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

NOM de l'élève :

Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Ecole / Etablissement : ECOLE SAINT JOSEPH

Classe :

Promotion de la santé
en faveur des élèves

Service médical

Réf. : 2017/CR/

Téléphone
01 69 47 91 05

Fax
01 69 47 91 21

Mél.
Ce.ia91.sante@ac-versailles.fr

site Internet
www.ac-versailles.fr/ia91

Boulevard de France
91012 Evry cedex

Madame, Monsieur,

Objet : Reconduction d'un projet d'accueil individualisé

La santé de votre enfant a nécessité la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)
au cours de l'année 202...-202...

Souhaitez-vous la reconduction du PAI en **2025/2026** : ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente :

Y a-t-il un changement d'établissement scolaire ? * ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il une modification du traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il une modification dans les doses du traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il une modification du protocole d'urgence? ☐ Oui ☐ Non

**S'il n'y a aucune modification, et sans demande particulière, le PAI sera reconduit
automatiquement.**

**Il vous appartient de fournir les médicaments dont la date de validité couvre l'année
scolaire en cours.**

L'ordonnance fournie doit dater de moins de 1 an

* S'il y a un changement d'établissement, il vous appartient de demander le PAI qu'avait
votre enfant, pour le fournir au nouvel établissement. En cas de complément d'information,
vous serez éventuellement contacté par un médecin scolaire .

**☐ Sans retour de ce formulaire à l'école, le PAI sera considéré comme
annulé**

Vos coordonnées : Nom :
Adresse :
CP :
Tél. :
Mail :

Vu et pris connaissance le :
Signature des parents