

DOCUMENT A RETOURNER A L'ETABLISSEMENT FREQUENTE
ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

NOM de l'élève :

Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Ecole / Etablissement :

Classe :

Objet : Reconduction d'un projet d'accueil individualisé

Promotion de la santé
en faveur des élèves

Madame, Monsieur,

Service médical

Centre médico-scolaire
11 rue Degas
91600 Savigny sur orge

Tel : 01 69 96 62 48

Ce.ia91.savignysanteeleves
@ac-versailles.fr

La santé de votre enfant a nécessité la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)
au cours de l'année 2025/2026

Souhaitez-vous la reconduction du PAI en **2026/2027** : ☐ 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 le médecin scolaire.

ATTENTION : Pour toute **allergie alimentaire**, quel que soit le traitement, un
panier-repas doit être fourni par la famille. Voir le règlement intérieur de la
restauration (Conseil Départemental)

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

Vos coordonnées : Nom

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. :

Mail :

Vu et pris connaissance le :
Signature des parents