

PAI PRISE DE TRAITEMENT Année 2017 – 2018

SUR TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE POUR MALADIE DE LONGUE DUREE

Circulaire n° 2003-135 du 08/09/03

École :

NOM de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse de l'enfant :

Le cadre suivant est à renseigner par le médecin traitant

Signes habituels de la crise :

Conduite à tenir en cas de crise : (médicaments à administrer, posologies, renouvellement...)

Autres précisions (sport ...) :

Date : **Nom, signature et cachet du médecin prescripteur :**

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Parents

Madame Port : Dom : Travail :

Monsieur Port : Dom : Travail :

Autres :

Autorisation parentale

Je soussigné, M
autorise(nt) l'établissement à appliquer la prescription du Médecin traitant.

Date : **Signature des parents :**



Si les signes persistent ou s'aggravent ou si la crise est sévère d'emblée : appeler le SAMU 15 (ou 112)

Signatures

Chef établissement

Enseignant

Médecin éducation nationale

Autres (Mairie...)

Lieu de rangement du (des) médicament(s) :

(dans l'établissement et éventuellement au restaurant scolaire et à la garderie)

Un exemplaire du PAI sera remis à chaque signataire.