

A Montpellier, le 1 juillet 2026

Objet : Demande de renouvellement PAI (Projet d'Accueil Individualisé raison de santé)

Madame, Monsieur,

Votre enfant bénéficie d'un PAI jusqu'au 31 août 2026.

Nous nous permettons de vous rappeler que vous devez renouveler ce PAI chaque année scolaire et nous transmettre un **dossier complet** pour la sécurité de votre enfant. En effet, il est de notre responsabilité d'appliquer ce qui est préconisé dans le PAI. Si celui-ci est incomplet (traitement manquant, ou périmé, par exemple) nous ne pourrions pas administrer les soins prescrits.

Il est donc important de ramener le plus rapidement possible le PAI dûment rempli en y joignant le traitement et l'ordonnance du médecin, avant le 02 septembre 2024 à la vie scolaire.

Dans le cas contraire l'établissement décline toute responsabilité en cas de problème lié à la maladie, au handicap, de votre enfant.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration.
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations.

Mme Mazoyer
Cheffe d'établissement

Ensemble Scolaire
ASSOMPTION
Montpellier

L'élève : Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____	Photo																		
Collège Privé Assomption – Montpellier Année scolaire : _____ Classe : _____ Régime : ☐ Externe ☐ Demi pensionnaire ☐ Occasionnel, préciser les jours : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi																			
Les parents : ou personne ayant la responsabilité de l'élève à prévenir	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Père</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Mère</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adresse :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tél domicile :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tél Travail :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Père	Mère	Nom :	_____	_____	Prénom :	_____	_____	Adresse :	_____	_____	Tél domicile :	_____	_____	Tél Travail :	_____	_____
	Père	Mère																	
Nom :	_____	_____																	
Prénom :	_____	_____																	
Adresse :	_____	_____																	
Tél domicile :	_____	_____																	
Tél Travail :	_____	_____																	
Autres personnes à prévenir Médecin traitant : Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Autres services médicaux (ou paramédicaux) en cas d'absence du médecin traitant : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nom</th> <th style="width: 33%;">Adresse</th> <th style="width: 33%;">Téléphone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Nom	Adresse	Téléphone	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____						
Nom	Adresse	Téléphone																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	

1. Raisons motivant cette démarche (pathologie présentée)

2. Protocole à établir par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste)	
Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir (Position de l'enfant, médicaments, personne à prévenir)
Signes mineurs : Nécessitant une surveillance plus attentive	
Signes majeurs : Nécessitant des mesures à prendre en urgence	

3 Trousse d'urgence (fournie par la famille)			
Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement
1.			
2.			
3.			
4.			

4 Prises en charges supplémentaires / Traitement de fond
(type(s) de soin(s), par qui, où, quand...)

5 Dispenses d'activité

6 Aménagements spécifiques

Régime alimentaire :

Accessibilité des locaux :

Transports scolaires :

Déplacement scolaire en –dehors de l'établissement scolaire :

Classes transplantées :

Aménagements pédagogiques (exemple : pour les élèves dyslexiques, dyspraxiques...) :

Autres :

7 Allergie alimentaire

En cas d'allergie alimentaire, l'accès au self n'est autorisé que pour y consommer un repas préparé à la maison (panier repas). Dans ce cas, le panier repas sera stocké dans le réfrigérateur du self et sera réchauffé par les surveillants.

8 Signatures des personnes concernées

(Merci de dater en signant)

Les parents :

La Directrice Adjointe
Mme BOULANGER

Le Responsable de Niveau :

Le responsable de restauration :

Les personnels paramédicaux assurant
une prise en charge (s'il y a lieu)

Le Chef d'établissement
Mme MAZOYER

Les enseignants de référence
(Professeur principal)

Le responsable de la vie scolaire

L'infirmière
Mme MAURIN

Le Médecin traitant
(Généraliste ou spécialiste)

9 Documents intercalés

- Agrafer l'ordonnance à l'intérieur de la double feuille
- Joindre le traitement dans une enveloppe (ou boîte ou trousse) au nom de l'enfant et avec sa photo
- Joindre à ce document toute information utile à la prise en charge de l'élève
- Lettre d'information cachetée, destinée aux services d'urgence, si besoin

Collège Privé Assomption

24, Rue du Carré du Roi – CS 19017 – 34967 Montpellier cedex 2

Tel : 04.67.63.14.35 – Fax : 04.67.63.58.58

Tel infirmière : 04.67.63.70.33 – infirmerie@assomption-mtp.fr