



ASNIÈRES

*à remettre au Chef d'Établissement
sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire*

**FICHE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT ET UNIQUEMENT EN CAS DE
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)**

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire (asthme, migraine, allergies...)
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

NOM : PRENOM :
.....

Date de naissance : CLASSE :

ADRESSE :
.....

Tél. : Portable :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement : si un traitement est à donner durant les heures scolaires, fournir l'ordonnance et le médicament

Nom, adresse et numéro de téléphone du Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un PAI.

Nous attirons votre attention sur le fait que depuis septembre 2015, les demande de tiers temps liées à des PAP ne peuvent être octroyées que si elles ont été préparées en début de cycle (5^{ème} pour le DNB, et 2^{nde} pour le Baccalauréat).

Mme ou M renouvelle(nt) le PAP de la rentrée dernière.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal Date.....

Signature :

