

P.A.I. Projet d'Accueil Individualisé **INTERNAT**

Pour enfants et adolescents atteints de troubles de la santé
(Cirulaire n°2003-135 du 08/09/2003)

Document à remettre le jour de la rentrée de l'internat Lundi 31 Août 2026

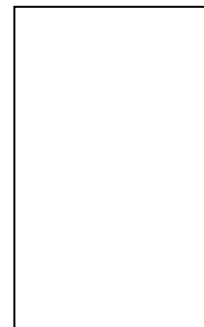
ELEVE CONCERNE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Classe : _____



ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Ensemble scolaire ASSOMPTION-STE CLOTILDE

370 bd du Président Wilson – CS41734 - 05.56.48.77.77 - 33073 BORDEAUX

infirmerie@assomption-bordeaux.com

internat@assomption-bordeaux.com

Problème(s) de santé nécessitant un traitement sur prescription médicale :

-
-
-

Référents à contacter :

Spécialiste(s) référent(s) :

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Service hospitalier spécialisé :

Nom : Tél :

SAMU : tél : 15 (112 à l'étranger) Si appel du 15, informer de l'existence du P.A.I. et le transmettre aux services de secours.

Pour les traitements médicamenteux quotidiens ou d'urgence :

L'ordonnance est à joindre pour l'année scolaire en cours. Merci de signaler tout changement de posologie en cours d'année.

MODALITES DE PRISE

Pour les traitements d'urgence, merci de joindre le protocole prescrit (ordonnances, conduite à tenir et médicaments)

Pour les traitements **chroniques ou ponctuels** ils seront administrés selon les horaires et la posologie indiqués sur l'ordonnance

Modalités d'administration (cocher la case correspondante)

- ☐ L'élève est autorisé à gérer seul :

Nom du médicament :
.....
.....
.....

- ☐ La prise est réalisée sous la responsabilité d'un adulte de l'internat

Nom du médicament :
.....
.....

Il est demandé que l'ordonnance médicale précise explicitement si la prise du traitement est gérée par l'élève ou par la surveillante.

Décharge à compléter et à signer :

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant
.....

autorise : - la responsable de l'internat
- l'équipe d'encadrement de l'internat
- l'infirmière

- ☐ A bien vouloir donner le traitement médical en application **de l'ordonnance ci-jointe signée par le(s) Docteur(s)**

- ☐ A conserver le pilulier hebdomadaire réalisé par nos soins le week-end

Et je m'engage :

- ☐ A fournir le traitement nécessaire pour la semaine à la surveillante
☐ A ce que ma fille se rende à la chambre de la surveillante pour prendre son traitement

SIGNATURES DU P.A.I.

Responsable légal :

L'élève concerné :

Infirmière :

Responsable de l'internat :

Chef d'établissement ou adjoint :

Encadrement de l'internat :

P.A.I. mis en place le pour une durée de :

Points importants à ne pas oublier :

- INFORMATION SYSTEMATIQUE DE TOUT PERSONNEL REMPLACANT LE DIRECTEUR OU LE CHEF D'ETABLISSEMENT.
- INFORMATION DES EDUCATEURS SPORTIFS, ANIMATEURS, ASSISTANT SANITAIRES selon la demande de la famille.
- **EN CAS D'APPEL DU SAMU, TOUJOURS INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT.**
- **INFORMATION A FOURNIR AU MEDECIN URGENTISTE (éventuellement certificat médical cacheté joint rédigé par le médecin traitant).**
- **IL EST RAPPELE LA DISCRETION PROFESSIONNELLE DUE PAR TOUTE PERSONNE DETENANT CES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES.**
- Lors des sorties et voyages scolaires, les parents doivent transmettre au responsable la copie de l'ordonnance et les médicaments nécessaires pour la durée du séjour. Le PAI doit être également indiqué sur la Fiche Sanitaire de Liaison.

Les responsables légaux sont tenus d'informer impérativement par courrier (joindre obligatoirement un certificat médical) et dans les plus brefs délais l'infirmière de l'établissement et la responsable de l'internat de tout changement de traitement ou de décision médicale liés à l'évolution de l'état de santé de l'élève.