

**Document à retourner au chef d'établissement ou à l'infirmière**

NOM de l'élève : .....

Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

École /Établissement : .....

Classe en 2024-2025 : .....

Division  
Mission de Promotion  
de la Santé en Faveur des Elèves  
Service Médical

**Objet : Reconduction d'un Projet d'Accueil Individualisé**

Madame, Monsieur,

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

Souhaitez-vous la reconduction du PAI en ..... : ☐ 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 du protocole d'urgence ? ☐ Oui ☐ Non

**1. Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs de ces 4 questions, veuillez  
procéder à la demande d'un nouveau PAI.**

**Les documents sont téléchargeables et remplissables sur :**

<https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

**2. S'il n'y a aucune modification, et sans demande particulière, le PAI sera reconduit  
automatiquement.**

**Il vous appartient de fournir la nouvelle fiche d'urgence et les médicaments dont la  
date de validité couvre l'annéescolaire en cours, directement à l'établissement.**

**L'ordonnance fournie doit dater de moins de 1 an.**

**❖ Sans retour de ce formulaire avant le 01/09/2025, le PAI sera considéré  
comme annulé**

Vos coordonnées : Nom : .....

Adresse : .....

CP & Ville: .....

Tél. : .....

Mail : .....

Vu et pris connaissance le .....

Signature des parents