



**FICHE DE RENOUELEMENT À JOINDRE AU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)  
DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE EN CAS DE PROTOCOLE INCHANGÉ**

**NOM** : ..... **Prénom** : ..... **Classe** : .....

Le PAI en date du ..... est reconduit à la demande des parents pour l'année 2022/2023 à condition que la « CONDUITE À TENIR » et PRISE EN CHARGE » soient inchangées.

**Pièces à fournir :**

- La prescription médicamenteuse datée de moins de 12 mois
- Le nouveau PAI signé par le médecin ou la fiche de renouvellement signée par le médecin
- Le PAI de l'année précédente
- Le traitement et/ou les médicaments d'urgence

Les parties prenantes signent, ci-dessous, cette fiche qui est ensuite adressée, en version papier, au médecin scolaire pour validation. Dans le cas d'un suivi hospitalier spécialisé régulier, le courrier médical de suivi est joint par la famille sous pli confidentiel. Dans l'attente de la validation par le médecin, le PAI de l'année précédente est reconduit et pérennisé.

**Trousse d'urgence :**

- La trousse d'urgence est fournie par les parents.
- Les parents fournissent les médicaments, il est de leur responsabilité de vérifier les dates de péremption.
- La trousse d'urgence contient un double de ce document.
- Lieu : infirmerie
- Elle sera emportée lors de toutes les sorties pédagogiques.

**PARTIES PRENANTES DU PAI** : le PAI est **révisable à tout moment**, à la demande de chacune des parties.

Les parents s'engagent à informer le médecin scolaire (medecin@lfcaire.net) et l'infirmière scolaire (pour le 1<sup>er</sup> degré : [infirmiere-primaire@lfcaire.net](mailto:infirmiere-primaire@lfcaire.net) / pour le 2<sup>e</sup> degré : [infirmiere-secondaire@lfcaire.net](mailto:infirmiere-secondaire@lfcaire.net) ) en cas de changement de la prescription médicale. En cas de modification, une fiche de demande de PAI est transmise en même temps que la prescription.

En cas de remplacement d'enseignant ou de tout personnel, le directeur organise la transmission de l'information.



**Les signataires :**

Les parents (ou représentant légal)	
Le responsable légal	
Le proviseur adjoint ou le directeur d'école	
L'enseignant(e) ou le professeur principal	
L'infirmière scolaire du 1 <sup>er</sup> ou du 2 <sup>nd</sup> degré	
Autres intervenants : .....	

**Secret professionnel** : *Eu égard aux règles strictes du secret professionnel et du devoir de réserve, les participants sont tenus de ne divulguer l'identité d'un enfant ou tout autre renseignement d'ordre médical à aucune autre personne que les professionnels impliqués dans la prise en charge spécifique de cet enfant, et dans la limite de ce qui est nécessaire.*

Validation du médecin scolaire

PAI reçu le .....

Signature, le .....

Dr ..... (NOM Prénom et cachet)

*En application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel et de la Loi Informatique et Libertés modifiée, nous vous informons que le lycée français du Caire en sa qualité de Responsable de Traitement collecte des données vous concernant à des fins administratives. Vos données seront strictement réservées à l'administration et seront conservées 5 ans. Aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Conformément aux articles 15 à 22 du Règlement Européen 2016- 679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pourrez demander à tout moment et gratuitement à accéder aux données vous concernant, à les rectifier ou à les effacer, auprès du délégué à la protection des données M. DAUM ou à la CNIL en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois.*