




PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## PAI - Projet d'Accueil Individualisé

 La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/fr/acrobat/reader).

Vos droits concernant vos données personnelles :

Les informations qui vous concernent recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'administration concernée afin de mener à bien votre demande. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par l'administration à la réalisation de la finalité du traitement.

Les destinataires de vos données sont les administrations compétentes dans le cadre du traitement de votre demande. Veuillez-vous adresser à l'administration concernée par votre demande pour connaître les destinataires des données figurant sur ce formulaire.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant d'effacement des informations vous concernant. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment.

En outre et excepté le cas où le traitement de vos données présente un caractère obligatoire, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous y opposer.

Si vous souhaitez exercer ces droits et/ou obtenir communication de vos informations, veuillez-vous adresser aux **Ministère de la Santé**. Dans le cas où les coordonnées du service responsable ne sont pas indiquées, vous avez la possibilité de vous adresser au délégué à la protection des données des **Ministère de la Santé** via [info\\_donnees@ms.etat.lu](mailto:info_donnees@ms.etat.lu). Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données ayant son siège à 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette.

### 1. Saisie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Identité du demandeur

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| Photo  | Réservé à la Médecine Scolaire :                            | <input type="text"/>                |
|  | Nom(s) de l'élève/enfant* :                                 | <input type="text"/>                |
|  | Prénom(s) de l'élève/enfant* :                              | <input type="text"/>                |
|  | Numéro d'ident. national* :<br>(date de naissance à défaut) | Cycle/Classe : <input type="text"/> |
| Etablissement scolaire/SEA* :                  | <input type="text"/>  |                                     |
| Localité de l'Etablissement* :                 | <input type="text"/>  |                                     |
| Nom(s) du/des<br>représentant légal/parents* : | <input type="text"/>  |                                     |
| Adresse* :                                     | <input type="text"/>  |                                     |
| Téléphone :                                    | <input type="text"/>  |                                     |
| E-mail :                                       | <input type="text"/>  |                                     |

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## Délégation de soins

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

Je soussigné\*,

Représentant légal ou élève majeur, demande pour mon enfant/moi-même la mise en place d'un

Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence

du Dr\*

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnes en charge de l'élève/enfant :  
école, équipe de santé scolaire, structure d'éducation et d'accueil, SePAS.

Il est de ma responsabilité

- de vérifier la date de péremption des médicaments
- de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

## Signature (obligatoire)

Lieu\* :

Le\* :

Signature de l'élève si  
majorité >18 ans ou  
du représentant légal\* :

## Médecin prescripteur de PAI

Nom\* :

Le\* :

Signature du  
médecin\* :

## Réservé au médecin de la Direction de la Santé - Division de la médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents

PAI reçu le :

transmis à :

à la date du :

Signature :

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## 2. Personnel encadrant

| Equipe(s) de Santé scolaire                             | Nom | Fonction | Téléphone |
|---|-----|----------|-----------|
|   |     |          |           |
|   |     |          |           |
| Enseignant(s) responsable(s)                            | Nom | Fonction | Téléphone |
|   |     |          |           |
|   |     |          |           |
| Encadrant(s) Maison relais /<br>Foyer scolaire / crèche | Nom | Fonction | Téléphone |
|   |     |          |           |
|   |     |          |           |
| SePAS/ESEB  | Nom | Fonction | Téléphone |
|   |     |          |           |
|   |     |          |           |
| Autre(s)  | Nom | Fonction | Téléphone |
|   |     |          |           |
|   |     |          |           |

## 3. Médecins en charge de l'enfant

| Médecin(s) de Famille | Nom | Adresse | Téléphone |
|-----------------------|-----|---------|-----------|
|                       |     |         |           |
|                       |     |         |           |
| Spécialiste(s)        | Nom | Adresse | Téléphone |
|                       |     |         |           |
|                       |     |         |           |

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

#### 4. Transmission du PAI / Réunion de concertation

Séance d'information :

Date :

#### Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI

(indiquer les noms et fonctions de toutes les personnes au courant)

| Fonction                     | Nom/Prénom | Signature | Date |
|------------------------------|------------|-----------|------|
| Enseignant(e) principal(e)   |            |           |      |
| Educateur/Educatrice         |            |           |      |
| Responsable de Maison-relais |            |           |      |
| Encadrant(e) Maison-relais   |            |           |      |
| SEPAS                        |            |           |      |
| ESEB                         |            |           |      |
| Autre                        |            |           |      |
| Autre                        |            |           |      |
| Autre                        |            |           |      |

#### Pour l'équipe médico-scolaire

Une copie de PAI a été remise à :

à la date du :

#### IMPORTANT: Instructions pour le personnel encadrant en charge de l'élève:

- Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental/secondaire, les enseignants et personnes encadrantes ou remplaçant(e)s de l'existence du PAI.
- Veuillez renvoyer une copie de cette page à la Division de la Médecine scolaire (20, rue de Bitbourg, L- 1273 Luxembourg-Hamm, ou par mail au [pai@ms.etat.lu](mailto:pai@ms.etat.lu)) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :



PAI initial

PAI de suivi

Durée indéterminée

Validité pour  /

## 5. Détail de la Maladie

**Maladie :**

**Symptomatologie  
majeure :**

**Traitement :**

**Mesures d'urgence :**

**Dispositions  
spécifiques :**



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## 6. Consignes

### 1. Trousse d'urgence

METTRE UNE COPIE DE CE DOCUMENT DANS LA TROUSSE D'URGENCE

| Contenu / Médicaments                           | Date de péremption |
|---|--------------------|
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
| Localisation                                    |                    |
| Etablissement scolaire <input type="checkbox"/> |                    |
| Foyer / Maison-relais <input type="checkbox"/>  |                    |
| Autre <input type="checkbox"/>                  |                    |

- EN CAS D'APPEL DU SAMU, L'INFORMER DE CE DOCUMENT
- INFORMER LES PARENTS
- LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT

### 2. Conditions d'accueil (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

### 3. Autres aménagements éventuels :

### Signature

Lieu\* :

Le\* :

Cachet et signature  
du médecin\* :

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :