



COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
DE L'ESPACE SUD MARTINIQUE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ POUR EXCLUSION ALIMENTAIRE (PAI)



Etablissement : Année scolaire 20....-20....

Adresse de l'établissement :

Chef d'établissement : Tél. :

Mairie de _____

COORDINATEUR PAI

QUALITE	NOM	LIEU OU IL PEUT ETRE JOINT	TELEPHONE
MEDECIN SCOLAIRE			BUREAU : 0596 PORTABLE : 0696

ELEVE CONCERNE

NOM		PHOTO
PRENOM		
ADRESSE		
DATE DE NAISSANCE		
AGE		
SEXE		
POIDS		
CLASSE		
ALLERGIES		

PERSONNES A PREVENIR RAPIDEMENT EN CAS DE TROUBLE

LES PARENTS OU TUTEURS :

MONSIEUR	
NOM/PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE DOMICILE	
TELEPHONE BUREAU	
TELEPHONE PORTABLE	
MADAME	
NOM/PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE DOMICILE	
TELEPHONE BUREAU	
TELEPHONE PORTABLE	

LE SAMU

TELEPHONE FIXE	COMPOSER LE 15
TELEPHONE PORTABLE	COMPOSER LE 112

LE SERVICE HOSPITALIER

NOM DU SERVICE	
N° DE TELEPHONE	

LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT

NOM	
ADRESSE	
N° DE TELEPHONE	

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES POUR LES PRISES DE REPAS

La CAESM

Propose à la famille des repas adaptés à l'état de santé de l'enfant	OUI	NON
--	-----	-----

La famille

S'engage à respecter le protocole d'hygiène pour la communication [protocole visé (annexe)]	OUI	NON
---	-----	-----

INFORMATION AU PERSONNEL

La famille autorise les personnels éducatifs à prendre connaissance de ces informations

L'établissement a organisé une réunion d'information et de sensibilisation sur les questions des allergies alimentaires pour les personnels éducatifs ainsi que pour les parents d'élèves intéressés le..... ou organisera le, sous l'égide du conseil d'école qui en a été averti le..... .

Par ailleurs, la Municipalité signale que les personnels chargés du service à table suivants ont fait l'objet d'une formation aux premiers secours :

NOM	QUALITE	LIEU DE TRAVAIL	DATE DE LA FORMATION

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des paragraphes et des annexes du présent document.
Elles s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Le médecin ou l'infirmière du service de promotion de la santé MM
Fait à _____ le _____ signature :

Les parents s'engagent à lui transmettre une copie de chaque nouveau bilan allergologique

Le médecin qui suit l'enfant, MM
Fait à _____ le _____ signature :

Le Directeur de l'école
Fait à _____ le _____ signature :

Les parents ou tuteurs de l'élève MM
Fait à _____ le _____ signature :

Le Président de la CAESM, M
Fait à _____ le _____ signature :