

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Индивидуальный план пребывания ребёнка в школе

Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 BO encart n° 34 du 18/09/2003

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Учебный Год 2023-2024

A la demande de Monsieur ou Madame :

По просьбе родителей (укажите Фамилию и Имя родителя)

Signature /
Подпись

Pour l'élève / Для ученика

Nom/Фамилия :

Né le /дата рождения :

Adresse/Адрес :

Téléphone/ Номер телефона :

Prénom /Имя :

Classe / Класс :

Travail
Рабочий

Domicile Домашний

Père / Отец

Mère / Мать

Scolarisé(e) à :

Etablissement / Школа

Adresse / Адрес

Parties prenantes / Заинтересованные стороны :

	Nom et prénom Фамилия и Имя	Signature Подпись
Directeur Директор школы		
Enseignant Учитель		
Infirmière LFM Медсестра Лицея		
Médecin Лечащий Врач		

Motif médical de l'établissement du PAI/ медицинское обоснование оформления
Индивидуального плана пребывания ребенка в школе (PAI)

Besoins spécifiques de l'élève / Особые потребности ученика

Accessibilité des locaux (scolaires, sanitaires, restauration)

Доступность помещений (школьных, санитарных комнат, столовой)

Mobilier adapté (sièges, tables...) / Адаптированная мебель (сиденья, столы ...)

Prise en charge complémentaire / Дополнительная поддержка

Type de cette prise en charge / Вид данной поддержки :

Coordonnées des personnes ou organismes concernés

Контактные данные соответствующих лиц и организаций :

Fréquence et horaires des interventions / периодичность и продолжительность встреч :

Lieu d'intervention / Место проведения встреч :

Aménagements particuliers dans le cadre de l'école ou de l'établissement scolaire

Особые условия в школе или учебном учреждении

Soins particuliers, en accord avec le médecin traitant

Лечение, согласованное с лечащим врачом :

Traitement médical (prise de médicaments par voie orale ou inhalée), en application de l'ordonnance médicale, précisant la marche à suivre et sur demande écrite des parents

Медикаментозное лечение (прием лекарств внутрь или путем их вдыхания), в соответствии с назначением врача и по письменному запросу родителей

Oui/Да

Non/Нет

Régime alimentaire / Рацион питания

Régime adapté/ Рекомендованная диета :

Oui/Да

Non/Нет

Panier repas fourni par les parents /еда из дома, предоставляемая родителями

Oui/Да

Non/Нет

Protocole d'intervention en cas d'urgence, signé par le médecin traitant (annexé au projet)

Протокол оказания неотложной помощи, подписанный лечащим врачом (в приложении к учебному плану)

Oui/ Да

Non/ Нет

Aménagements spécifiques à prévoir dans le cadre :

Конкретные меры, которые должны быть предусмотрены в рамках

De l'enseignement de l'éducation physique et sportive / Обучения физическому воспитанию и спорту

Des classes transplantées/ занятий, проводимых на природе

Des déplacements scolaires en dehors de l'école/ Школьных поездок за пределы школы

Les ordonnances et les médicaments spécifiques seront remis

À l'infirmière, au directeur d'école ou à l'enseignant

Конкретное назначение врача и лекарства будут переданы школьной медсестре, директору школы или учителю

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Destiné aux enseignants / Для учителей
Complété par le Médecin traitant de l'enfant
Заполняется лечащим врачом ребёнка

Nom de l'élève / Фамилия ученика : _____
Prénom / Имя ученика : _____
Date de naissance / Дата рождения : _____
Classe / Класс : _____

Nom et numéro de téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence /
ФИО и номер телефона лица, с которым можно связаться в экстренном
случае

Composition de la trousse d'urgence déposée à l'école
Состав индивидуальной школьной аптечки

--

Signes d'appel, symptômes visibles

**Причины и видимые симптомы для вызова
медицинской помощи**

Mesures à prendre

Действия

--	--

Date / дата

Signature et cachet du médecin traitant
Подпись и печать лечащего врача