

Le,

NOM de l'ELEVE :

Date de naissance :

Ecole :

Service de Promotion de
la santé en faveur des
élèves

Dr

Objet : Renouvellement d'un projet d'accueil individualisé

Mme
secrétaire

Madame, Monsieur,

CENTRE MEDICO SCOLAIRE

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

Tél. :

Au cours de l'année 201 / 201

Pour prévoir l'année 201 / 201 dans l'établissement :

⇒ Souhaitez-vous le renouveler : OUI NON

Date :

Signature :

Merci de retourner à l'adresse suivante :

Et au plus tard le :

- Ce document complété et signé.
- Le protocole ci-joint rempli par votre médecin ou spécialiste.
- La nouvelle ordonnance

Les médicaments devront être apportés dès le jour de la rentrée dans l'établissement.