



**ACADÉMIE
DE VERSAILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Hauts-de-Seine

SMIS
Service médical
en faveur des élèves

COMPLEMENTS MEDICAUX - PAI
A faire remplir par le médecin référent de la pathologie
et à transmettre sous pli cacheté au médecin de l'Education nationale

Coordonnées du médecin :

A remplir par la famille ou le élève majeur :

J'autorise le médecin Education Nationale à contacter le médecin référent de la pathologie si nécessaire à l'étude du PAI :

OUI NON

Date et signature :

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Date de naissance : ... / ... /.....

Etablissement et commune :

o Diagnostic de la pathologie principale:

o Pathologies associées :

o Antécédents médicaux :

o Description clinique actuelle :

o Traitement, soins et prises en charge :

o Retentissement fonctionnel :

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin :