



**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 l'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 :