



## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

(Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003)

Année Scolaire 20 - 20

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Etablissement : .....

### • RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Classe.....

Cantine

Accueil du matin

Accueil du soir

Nom des parents

Adresse

Numéro de téléphone domicile :

Numéros de téléphone portable :

Numéros de téléphone travail :

**SAMU : 15**

### • BESOINS ET AMENAGEMENTS SPECIFIQUES DE L'ELEVE

### • TROUSSE D'URGENCE - LOCALISATION :

**COMPOSITION** (et dates de péremption des médicaments) :

### LA TROUSSE D'URGENCE DOIT TOUJOURS SUIVRE L'ENFANT LORS DES DEPLACEMENTS

### • SIGNATAIRES DU CONTRAT : NOMS ET SIGNATURES

Les parents : Je soussigné(e)

demande et autorise les personnels en charge de mon enfant durant le temps scolaire ou périscolaire à lui administrer le ou les médicaments suivant la prescription établie.

Je m'engage à renouveler les médicaments avant leur date de péremption.

Je m'engage à faire connaître immédiatement au médecin de PMI toute modification du traitement ou du régime alimentaire.

Signature des parents :

Le médecin de PMI :

Le Directeur ou la Directrice :

L'instituteur ou l'institutrice :

Le représentant de la municipalité :

● **PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE**

Nom du médecin prescripteur : ..... Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>SIGNES D'APPEL</b>	<b>MESURES A PRENDRE</b>