

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°5

L'enfant :

Nom:
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

L'établissement :

Ecole maternelle Ecole élémentaire Collège
Nom de l'établissement : Classe :
Restauration scolaire Accueil pré post scolaire Accueil de loisirs
TAP Etude

Les parents :

	Père		Mère
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Tel domicile :		Tel domicile :	
Tel Travail :		Tel Travail :	
Tel portable :		Tel portable :	

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :		Nom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
Tel domicile ou bureau :		Tel domicile ou bureau :	
Tel portable :		Tel portable :	

Nom du médecin traitant :
Tel :

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE-
Circulaire n°2003-135 du 08-09-03
N°5

L'enfant :

Nom:
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

L'établissement :

Ecole maternelle Ecole élémentaire Collège
Nom de l'établissement : Classe :
Restauration scolaire Accueil pré post scolaire Accueil de loisirs
TAP Etude

Les parents :

	Père		Mère
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Tel domicile :		Tel domicile :	
Tel Travail :		Tel Travail :	
Tel portable :		Tel portable :	

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :		Nom :	
Lien de parenté avec l'enfant :		Lien de parenté avec l'enfant :	
Tel domicile ou bureau :		Tel domicile ou bureau :	
Tel portable :		Tel portable :	

Nom du médecin traitant :
Tel :

NOM :

PRENOM :

PRISE DE MEDICAMENTS SUR LE TEMPS SCOLAIRE et
PERSICOLAIRE

Je soussigné, Madame, Monsieur,.....

Responsable de l'élève/enfant.....

Né(e) le Scolarisé(e) en classe de

Autorise l'équipe enseignante à délivrer les médicaments prescrits dans les conditions précisées sur l'ordonnance ci-jointe.

Seuls les traitements **per os, inhalés ou par seringue auto-injectable** sont autorisés en milieu scolaire.

Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

→Lieu(x) de rangement :

- Les troussees sont fournies par les parents (**une trousse par lieu fréquenté**) et doivent contenir un double du document
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer l'école ou la structure en cas de changement de la prescription médicale et le médecin de l'éducation nationale.

→En cas de déplacement : classes transplantées ou sorties

- Informers les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.

Lieu de rangement de la trousse de secours

Pour le préscolaire ou postscolaire	
Pour l'école	
Pour la restauration scolaire	
Pour l'accueil de loisirs	

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document (et ses annexes). Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé avec une ORDONNANCE JOINTE.

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Ce document est révisable à tout moment

Dates et signature

Parents:

Médecin traitant :

Médecin Education Nationale :

Service des restaurants scolaires :

Service de la Réussite Educative :

Directeur de l'école

Elue déléguée à la restauration scolaire :

Elu délégué à la Réussite Educative :