



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE  
L'AGRICULTURE, DE  
L'AGROALIMENTAIRE  
ET DE LA FORÊT

Direction Régionale  
de l'Alimentation, de l'Agriculture et de  
la Forêt d'Auvergne-Rhône-Alpes

Service Régional de la Formation et du  
Développement

BP 3202

69401 Lyon cedex 03

## Établissement :

Maison Familiale Rurale de MONDY

B.P. 30080

26302 BOURG DE PEAGE Cedex

Tél. 04 75 71 18 60

Fax : 04 75 05 94 85

E-mail : mfr.mondy@mfr.asso.fr



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

*Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et à chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à la personne concernée. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie, aucun diagnostic médical ne peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents à l'infirmier(ère) ou le cas échéant au directeur d'établissement.*

## L'élève/l'apprenti concerné :

Nom Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : .....

Régime : .....

Adresse : .....

Nom des parents ou du représentant légal : .....

☎ Domicile..... Travail..... Portable.....

Adresse mail : .....

## COORDONNEES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ELEVE/L'APPRENTI

Le Directeur de l'établissement : .....

L'infirmier (ère) de l'établissement : .....

Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie : .....

Le service hospitalier : .....

## BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE : INTERVENTION DE PERSONNEL MEDICAL ET/OU PARAMEDICAL**

Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu d'intervention : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu d'intervention : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heures et jours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heures et jours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TRAITEMENT MEDICAL**

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_  
Doses, mode de prise et horaires : *(Selon l'ordonnance adressée sous pli cacheté à l'infirmier(ère) ou le cas échéant au directeur d'établissement)* \_\_\_\_\_

**REGIME ALIMENTAIRE**

*(Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE QUI SERA JOINT AU PAI**

Signes d'appel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mesures à prendre dans l'attente des secours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Symptômes visibles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REFERENTS A CONTACTER : NUMEROTER PAR ORDRE DE PRIORITE**

Parents ou tuteur  
Tél domicile : \_\_\_\_\_  
Tél travail : \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
 SAMU : 15 ou 112 par portable  
 Pompiers  
 Service hospitalier : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin,**

**Les parents ou représentant légal,**

**Le Directeur d'Établissement,**

**Les personnels de santé,**