


## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ










Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période



Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :
NOM – PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....	
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ..... .....	
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : ..... ..... 	
CLASSE : .....	

### PARTIES PRENANTES

#### ► Coordonnées des responsables légaux

NOM – PRÉNOM	ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉLÈVE)	TELEPHONE
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Parent :		  PORT.  TRAVAIL
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		  PORT.  TRAVAIL

- Directeur d'école ou chef d'établissement : .....
- Enseignant ou professeur principal : .....
- Personnes ayant la charge de l'élève (AVS...) : .....
- Médecin scolaire : ..... Médecin PMI : .....
- Infirmière scolaire : ..... Infirmière PMI : .....
- Médecin traitant ..... 
- Médecin spécialiste ou service spécialisé ..... 
- Représentant de la collectivité territoriale : .....

### RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Parents ou responsables légaux .....
- SAMU 15 / 112**
- Médecin ou service hospitalier : .....
- Autre : .....





Date :	SIGNATAIRES (nom - signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

### RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire **à la demande des parents**.
- Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants

Année scolaire :	Reconduit le :		
SIGNATAIRES	Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	Enseignant ou professeur principal
	Médecin(s) (cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants