

tél :

Date :

Mission de Promotion de la
Santé en Faveur des Elèves
Service Médical

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003 BO encart n° 34 du 18/09/2003)

Année scolaire : 2017/2018

A la demande de Monsieur ou Madame :

Signature :

Pour l'élève :

Nom :

Né le : / /

Adresse :

Téléphone :

Prénom :

Classe :

	travail	domicile
père		
mère		

Scolarisé(e) à :

Etablissement

Adresse

Chef d'établissement ou directeur

Tél :

Parties prenantes :

Directeur ou chef d'établissement :

Signature :

Enseignant :

Signature

Médecin Education nationale

Signature :

Infirmière Education nationale :

Signature :

Médecin Référent

Signature :

Adresse :

tél :

Représentant des collectivités locales :

Signature :

Adresse :

Tél :

Autres

Signature :

Aménagements spécifiques à prévoir dans le cadre

- De l'enseignement de l'éducation physique et sportive :

- Des classes transplantées :

- Des déplacements scolaires en dehors de l'école :

Aménagements spécifiques à prévoir dans le domaine pédagogique

Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant, seront jointes au présent document

Docteur

.....

tél.:

Date :

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Destiné aux enseignants. (A remplir par le médecin qui suit l'enfant)

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Nom et numéro de téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

.....

Composition de la trousse d'urgence déposée à l'école

<u>Signes d'appel, symptômes visibles</u>	Mesures à prendre

Date :

Signature et cachet du médecin traitant :