

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003)

l'enfant ou l'adolescent concerné

NOM, PRÉNOM : classe :

né le :

nom de la collectivité d'accueil :

adresse :

téléphone :

Horaires de présence à l'école: matin..... après-midi.....

Restauration scolaire : oui non

Présence périscolaire : garderie, CLAE, études oui non

les responsables de l'enfant, à prévenir en cas d'urgence

NOM :

PRENOM.....

Qualité

Adresse :

.....

tel domicile.....

tel professionnel :

NOM :

PRENOM.....

Qualité

Adresse :

.....

tel domicile.....

tel professionnel.....

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

.....

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour leur enfant atteint de troubles de la santé sur évoluant une longue période, afin que la collectivité d'accueil puisse intervenir en cas d'urgence et lui permette de suivre son traitement et/ ou son régime.

Je soussigné....., père, mère, tuteur, certifie que mon enfant souffre de

et demande pour lui la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

tel :

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

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

Signature :

Date :

Si nécessité d'appeler les services d'urgence :15 ou 112 (portable)

- Demander le médecin régulateur qui apportera aide et conseil
- Signaler la raison du PAI
- Donner des réponses brèves et précises aux questions posées,
- Ne pas raccrocher avant que le médecin régulateur vous le dise.