

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Circulaire n° 2003 — 135 du 8 septembre 2003

---

### ELEVE

NOM :  Sexe :

Prénom :  Date de naissance :

Externe

Demi-pensionnaire

Interne

Établissement scolaire :

---

### PARTIES PRENANTES

Responsables légaux :

Père :

Nom :  Prénom :

Tél. domicile :  Tél. travail :

Mère :

Nom :  Prénom :

Tél. domicile :  Tél. travail :

Détenteur de l'autorité parentale :

Chef d'établissement/Directeur :

Enseignant/Professeur principal :

Médecin :

Infirmière de l'éducation nationale :

Responsable de la restauration scolaire :

Responsable du service périscolaire :

Autres personnes concernées :

La reconduction du Projet d'Accueil individualisé l'année suivante est à l'initiative des parents et si aucune modification n'est intervenue, il sera reconduit à l'identique.

Il faudra fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

En cas de changement d'établissement, la transmission de ce document est sous la responsabilité des parents.

NOM :  
Prénom :

## DESCRIPTIF DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

---

### 1. BESOINS SPÉCIFIQUES :

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Horaires aménagés                              | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Double jeu de livres                           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Accessibilité des locaux                       | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Mobilier adapté                                | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Lieu de repos                                  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Passage prioritaire à la restauration scolaire | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| EPS adapté                                     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Régime alimentaire                             | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Panier repas                                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Aménagement des récréations                    | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Peut-il participer aux classes transplantées?  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Si oui, dans quel|e(s) condition(s)?

Peut-il participer aux sorties scolaires?

Oui

Non

Si oui, dans quel|e(s) condition(s)?

### 2. TRAITEMENT MEDICAL : pour les traitements en dehors des situations d'urgence ( selon l'ordonnance jointe )

Nom du médicament :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire :

Lieu de rangement :

La date de péremption du médicament est sous la responsabilité des parents. En cas de modification du traitement, les parents s'engagent à fournir la nouvelle prescription médicale.

NOM :  
Prénom :

ANNEXE 1

**PROTCOLE D'URGENCE**

NOM :

Établissement scolaire :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Date :

**SIGNE D'APPEL**

--

**MESURES A PRENDRE**

--

**ATTENTION** : en l'absence d'amélioration, appeler le 15

**Les informations à fournir au médecin du service des urgences :**

Certificat médical rédigé par le médecin traitant ou le médecin EN (sous pli confidentiel)

--