

Protocole d'Accueil Individualisé : Document Officiel

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 l'enfant concerné. 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 au personnel encadrant désigné par la collectivité qui accueille l'enfant ou l'adolescent.

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

Nom

Prénom

Date de naissance :

Type d'allergie :

Adresse :

- Structure d'accueil :

Établissement scolaire

Etablissement d'accueil de loisirs

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Le service hospitalier

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent

- Horaires adaptés
- Lieu de repos
- Attente à éviter au restaurant scolaire
- Trousse de secours d'urgence
- Autre, préciser:
- Mobilier adapté
- Aménagement des sanitaires
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Demande d'une aide personnalisée

Traitement médical (ordonnance obligatoire)

Nom du médicament :

Doses, mode de prise et horaires

.....

Régime alimentaire (selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)

- Repas fourni par la famille: ⚠ CELUI-CI SERA A REMETTRE DIRECTEMENT AU SERVICE RESTAURATION
- Suppléments caloriques (fournis par la famille)
- Collations supplémentaires (fournies par la famille) - horaires à préciser:
- Possibilité de se réhydrater en classe
- Autre: (à préciser)

Protocole en cas d'urgence qui sera joint au PAI (à faire remplir par le médecin prescripteur)

① Signes d'appel :

.....

.....

② Symptômes visibles :

.....

.....

③ Mesures à prendre dans l'attente des secours :

.....

.....

.....

.....

④ Message à faire passer au service d'urgence :

.....

.....

.....

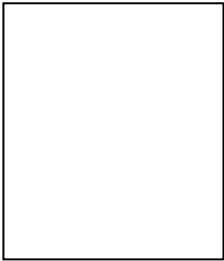
Signataires du protocole :

Les parents ou représentant légal

Les personnels de santé

Le représentant de la municipalité.

Date :



Type d'allergie :

Nom

Prénom

Date de naissance :

Ecole :

Classe :

Nom des parents ou du représentant légal :

Téléphone portable et domicile :

Travail

Adresse :

ATTENTION CE DOCUMENT RESTE CONFIDENTIEL