

PROJET 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 : PRÉNOM Qualité Adresse : tél domicile : tél professionnel :	NOM : PRÉNOM Qualité Adresse tél domicile : tél 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 de

Nom

Prénom

né(e) le

demande la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur

tél. :

Je donne mon accord pour que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement scolaire, sur le temps scolaire et périscolaire (restauration scolaire, garderie, CLAE ...).

signature :