



**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

 **POUR PHOBIE SCOLAIRE**

Accueil en collectivité des enfants atteints de troubles de la santé évoluant

sur une longue période - Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVE CONCERNE**  | **ANNEE SCOLAIRE : 2020 / 2021** |
| Nom :…………………………………………………….Prénom : ………………………..….Date de Naissance : ……………………………..Etablissement Scolaire : ……………………………………..Classe : ………………….Restauration Scolaire : Oui / Non Accueil Périscolaire : Oui / Non |

**PARTIES PRENANTES**

**Coordonnées des responsables légaux**

A tout moment les parents doivent être joignables.

**En aucun cas les téléphones mobiles ne peuvent être coupés pendant le temps scolaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom - Prénom | Téléphone |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Tierce personne (en cas d’absence des parents) :  | Domicile :GSM :Professionnel : |

Directeur d’école ou Chef d’établissement :……………………………………...……………………

Enseignant ou Personnel de vie Scolaire :………………………………………………………….....

Médecin Scolaire : ……………………………………………………………………………………….

Infirmière Scolaire : ………………………………………………………………………………………

Médecin Traitant :…………………………………………………………………………………………

Médecin spécialiste :……………………………………………………………………………………..

Clinique :……….………………………………………………………………………………………….

Elève Nom-Prénom :

**PROTOCOLE D’URGENCE**

Protocole rédigé et signé par le médecin traitant ou l’allergologue

(Un exemplaire doit être inséré dans la trousse d’urgence)

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE \_ LOCALISATION :…………………………….** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EN CAS DE** | **SIGNAL D’APPEL** | **CONDUITE A TENIR** **(nom du médicament, dose, mode de prise et horaire)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Aménagement les horaires scolaires OUI NON**  *Joindre l’emploi du temps aménagé en annexe*  |

**Nom et qualité des personnes habilitées à prodiguer les soins de l’urgence si sortie scolaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Qualité et année scolaire** |
|  |  |
|  |  |

Date :

Signature et cachet du médecin Signature et cachet du Médecin Scolaire

|  |
| --- |
| **Remarques :** |

Elève Nom-Prénom :

|  |
| --- |
| **Date : SIGNATAIRES** (nom-signature) |
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement(nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolairecachet et signature) | Autres intervenants |

**RECONDUCTION DU PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

* Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
* Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n’est intervenue, le présent projet d’accueil individualisé est reconduit à l’identique.
* Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : …………………………………………Reconduit-le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |