



MERCIER SAINT-PAUL  
ETABLISSEMENT CATHOLIQUE  
D'ENSEIGNEMENT SOUS CONTRAT

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

## ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

### Elève concerné

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Personne à contacter (Téléphone)

Parents : Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ou \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Travail : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ou \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Médecin Traitant : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### Parties prenantes

Les parents : Monsieur et (ou) Madame \_\_\_\_\_

Le Chef d'établissement : **Mr Ropartz**

Le Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Le Médecin et (ou) l'infirmière scolaire : \_\_\_\_\_

L'élève : \_\_\_\_\_



MERCIER SAINT-PAUL  
ETABLISSEMENT CATHOLIQUE  
D'ENSEIGNEMENT SOUS CONTRAT

- **Attention** : complétez et faire signer par le médecin traitant le « **PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE** » (annexé au projet).

**Les ordonnances et les médicaments spécifiques seront remis au secrétariat.**

Aménagements spécifiques à prévoir dans le cadre :

- de l'enseignement de l'éducation physique et sportive :
- de transports scolaires :
- des classes transplantées :
- des déplacements scolaires en dehors du collège :

Aménagements spécifiques à prévoir dans le domaine pédagogique :

Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au présent document.

Signature de la famille

Signature du Chef d'établissement

Signature du médecin

Mission de Promotion de la  
Santé en Faveur des Elèves  
Service Médical PAI 7

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE simplifié

## PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

**Elève concerné :**  
Nom : ..... Ecole : .....  
Prénom : ..... Classe : .....  
Né(e) le : ..... Enseignant : .....

**Signes d'appel, symptômes visibles :**  
.....  
.....  
.....

**Traitement à prendre ou mesures particulières :**  
.....  
.....  
.....

**Personne à contacter en cas d'urgence :**  
Parents : ..... Tél : .....  
Autres référents : ..... Tél : .....  
Médecin : ..... Tél : .....

**Informations à fournir au médecin d'urgence** (si ces éléments sont confidentiels, les joindre sous pli cacheté, à l'attention du médecin scolaire)  
.....  
.....

Date : ..... Signature et cachet du médecin traitant : .....

Agrafer l'ordonnance au présent document

La famille est informée de la nécessité de transmettre ce document aux services municipaux concernés lorsque l'enfant fréquente la restauration scolaire ou le centre de loisirs

**AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE MEDICAMENTS**  
Je soussigné(e), ....., père, mère, tuteur de l'enfant.....  
autorise les membres de l'équipe éducative, à administrer à mon enfant les médicaments prescrits selon le protocole établi ci-dessus.  
A ....., le ..... Signature :

|  |   |
|--|---|
| <b>Directeur ou chef d'établissement :</b><br>Nom : .....<br>Signature : ..... | <b>Membre de l'équipe éducative :</b><br>Nom : .....<br>Signature : ..... |
| <b>Services municipaux</b><br>Nom : .....<br>Signature : .....                 | <b>Médecin Scolaire :</b><br>Nom : .....<br>Signature : .....             |