

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE MUNICIPAL



## Référents municipaux

DENOT Laurent-Restauration

mail. : l.denot@saint-gregoire.fr

THOMAS Vincent-Périscolaires

mail.: v.thomas@saint-gregoire.fr

## Année scolaire 2016 - 2017

Date de l'élaboration du projet : ..... /..... /.....

Nom de l'enfant: .....

Prénom de l'enfant: .....

Né(e) le : ..... /..... /.....

Photo de l'enfant

### Représentants légaux :

Père (ou tuteur) : .....

Mère (ou tutrice) : .....

☎: .....

☎: .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Ecole fréquentée : .....

Médecin traitant : .....

Classe fréquentée: .....

☎: .....

☎: .....

Spécialiste : .....

☎: .....

## Parcours scolaire des trois dernières années : (indiquer le nom de l'école et la ville)

2012/2013 : .....

2013/2014 : .....

2014/2015 : .....

Projet d'accueil individualisé antérieur :  oui  non

## Aide à la scolarisation et moyens mis en œuvre

Aménagements spécifiques aux besoins de l'enfant

**Transports**

**Locaux** (notamment accessibilité)

Pièce de repos ou de soins

Sanitaires

Restauration

**Besoin de matériel adapté** :  oui  non

Lequel ? .....

.....

 Soins et prises en charge sur prescription du médecin

**Régime alimentaire** (sur prescription obligatoire du médecin traitant ou du spécialiste)

Certificat médical remis en même temps que ce projet d'accueil individualisé municipal :

oui  non

- Si oui établi le : ..... / ..... / .....

- Si non : date du prochain rendez-vous médical : ..... / ..... / .....

**Aliment(s) proscrit(s) :** .....  
.....  
.....

**Panier repas :**  oui  non

**Médicaments :**  oui  non

Nom du/des médicament(s) : .....  
.....

Dose, mode de prise, horaires : .....  
.....

Conditions de conservation : .....  
.....  
.....

**Trousses de secours**

oui  non

**Rappel : En cas de pathologie entraînant un risque important pour l'enfant, nous aurions besoin de 3 trousse de secours :**

- Une au sein de l'école ;

- Une au sein du restaurant scolaire pour les demi-pensionnaires ;

- Une au sein de la garderie pour les enfants fréquentant ce service périscolaire.

**Protocole d'urgence**

Signes d'appel : .....

Symptômes visibles : .....

Mesures à prendre en l'attente des secours : .....

.....

 Référents à contacter en cas d'urgence

Services d'urgence SAMU  15 ou 112 (portable)

Responsable légal  .....  .....

Observations éventuelles : .....  
.....  
.....

**Signature des parents**

(Mention « lu et approuvé » si accord)

**Signature du directeur d'école**

(Pour information)

**Signature médecin**