

Référents municipaux

STAROSTA Olivier-Restoration

mail : restauration@saint-gregoire.fr

HOREL Nadège

mail : enfance@saint-gregoire.fr

Année scolaire 20....-20....

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 :

☎ :

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

**Signature du service périscolaire/
restauration**

Signature médecin