

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

*(Joindre prescription médicale)*

### L'ENFANT CONCERNÉ

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Nom des parents ou du représentant légal \_\_\_\_\_

Né(e) \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

Service(s) concerné(s) :

Cantine

Garderie

### COORDONNÉES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT

Les parents \_\_\_\_\_

Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie \_\_\_\_\_

Le service hospitalier \_\_\_\_\_

### BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

- Mobilier adapté
- Lieu de repos
- Aménagement des sanitaires
- Attente à éviter au restaurant scolaire
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Local pour entreposer la réserve d'oxygène (le cas échéant)
- Local pour la kinésithérapie ou les soins

- Autorisation de sortie de classe dès que l'élève en ressent le besoin
- Nécessité de prise en charge en orthophonie en partie ou en totalité sur le temps scolaires

## **PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE**

- Intervention d'un kinésithérapeute : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours
- Intervention d'un personnel soignant : coordonnées, lieu d'intervention, heures et jours

## **TRAITEMENT MÉDICAL**

Nom du médicament \_\_\_\_\_

Doses, mode de prise \_\_\_\_\_

## **REGIME ALIMENTAIRE**

***(Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie)***

- Paniers repas
- Suppléments caloriques (*fournis par la famille*)
- Collations supplémentaires (*fournis par la famille*) – horaires à préciser
- Possibilité de se réhydrater en classe
- Autre : (*à préciser*) \_\_\_\_\_

## **PROTOCOLE EN CAS D'URGENCE**

Signes d'appel : \_\_\_\_\_

Symptômes visibles : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre dans l'attente des secours : \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENTS A CONTACTER

- Parents ou tuteur : \_\_\_\_\_
- Médecin traitant : \_\_\_\_\_
- Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_
- SAMU : \_\_\_\_\_
- Pompier : \_\_\_\_\_
- Service hospitalier : \_\_\_\_\_

## SIGNATAIRES DU PROJET

A PUY-GUILLAUME, le .....

Signatures :

Père

Mère

ou responsable légal