**Projet d’Accueil Individualisé**

Photographie

récente

2018-2019

**Etablissement d’accueil :**

Ecole maternelle et primaire Sainte Marie

45 rue du Fossé

78600 Maisons-Laffitte

**Enfant concerné :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom :  | Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse : |  | Classe : |

**Personnes à prévenir :**

**Les parents ou représentants légaux :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Madame | Monsieur |
| Nom |  |  |
| N° de téléphone domicile |  |  |
| N° de téléphone travail |  |  |
| N° de téléphone portable |  |  |

**Médecin traitant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| N° de téléphone  |  |

**Allergologue :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| N° de téléphone  |  |

**Urgences :**

|  |  |
| --- | --- |
| Téléphone fixe  | 15 |
| Téléphone portable | 112 |

**Besoins spécifiques de l'enfant**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**Protocole en cas d'urgence :**

*À faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter à la directrice de l’école*

|  |  |
| --- | --- |
| Signes d'appel / Symptômes visibles : | Composition de la trousse d’urgence déposée à l’école :  |
| Mesures à prendre dans l'attente des secours : |

**Signataires :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les parents ou représentant légal : | Chef d’établissement | Médecins : |

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