

Ministère  
de l'éducation nationale

Académie de  
Grenoble

Inspection  
Académique  
de la Savoie

SERVICE DE PROMOTION DE  
LA SANTE  
EN FAVEUR DES ELEVES

CENTRE MEDICO-SCOLAIRE

## PROJET ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

de

née le / /

ANNEE SCOLAIRE 20.. - 20..

Scolarisé (e) à :

Adresse :

### Les Parties Prenantes

Parents : Nom :

Prénom :

Adresse :

ou responsable légal :

Chef d'établissement, Directeur :

Enseignants de l'élève :

Médecin scolaire :

Infirmière scolaire :

Médecin spécialiste :

Médecin traitant :

Représentant de la municipalité :

### Référents à contacter

SAMU : 15

Parents téléphone domicile :

téléphone travail :

Médecin qui suit le problème allergique de l'enfant :

*Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'élève et qui relèveraient du secret médical  
seront jointes au présent document sous pli cacheté*

## Aménagements particuliers dans le cadre de l'établissement scolaire

**Besoins spécifiques de l'élève** : Thérapeutique, Hygiène, Alimentaire, Scolaire et/ou Pédagogique.

### **Protocole en cas d'urgence**

(Les médicaments seront placés dans un lieu précis à l'école et à la cantine)

**Prises en charge complémentaires** : Médicale, Paramédicale, et/ou Pédagogique :

(Coordonnée des intervenants, lieu et temps d'intervention, besoins particuliers pour les intervenants).

*En cas de changement d'enseignant, de classe transplantée ou de sortie,  
emmener la trousse d'urgence et faire suivre l'information.*

Les parents s'engagent à informer le responsable de l'établissement de toutes modifications de l'état de santé de l'enfant et de tout changement de traitement (journalier et protocole d'urgence). Ils sont responsables de la date de péremption des médicaments.

**Projet établi le**

**Durée de validité**

### **Signataires**

Parents,

Responsable d'établissement, d'école,

Enseignants,

Médecin Education Nationale,

Médecin prescripteur,

Représentant de la municipalité/responsable de la  
préparation des repas