

RÉÉDUCATION EXTÉRIEURE
PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► À L'ÉTABLISSEMENT
PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
 Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ		ANNÉE SCOLAIRE :	
NOM – PRÉNOM :DATE DE NAISSANCE :			
ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE :			
.....			
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :			
NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :			
NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL :CLASSE :			
COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX			
NOM – PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE	
<input type="checkbox"/> Parent :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL	
<input type="checkbox"/> Parent :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL	
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL	
MÉDECIN TRAITANT : ☎			
S A M U 15 / 112			

Je, soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné, autorise mon enfant à quitter la classe pour des séances de rééducation, selon les modalités indiquées ci-dessous.

PÉRIODE DE LA RÉÉDUCATION						
RÉÉDUCATEUR (NOM – ADRESSE)						
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
HORAIRE SÉANCES DE RÉÉDUCATION						
HEURE SORTIE DE CLASSE						
HEURE RETOUR EN CLASSE						
PERSONNE ACCOMPAGNANT L'ÉLÈVE						

Date :	SIGNATAIRES (nom – signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
Enseignant de la classe	Rééducateur	