##### NOM : Année scolaire 20 …./ 20….

##### Prénom :

## Etablissement :

**Projet d’accueil individualisé**

**Protocole d’urgence et besoins spécifiques de l’élève**

Mis en œuvre **au quotidien dans l’école / l’établissement**

pour répondre aux besoins spécifiques de l’enfant **de manière régulière**

##### PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES

**[ ]  Soins à l’école :**

Jours, heures et lieux…………………………………………………………………………..

**[ ]  Rééducation sur le temps scolaire mais en dehors des locaux scolaires** :

………………………………………………………………………..

# REGIME ALIMENTAIRE selon prescription, bilan et ordonnance du médecin qui suit l’enfant

 [ ]  évictions préciser : ……………………………

 [ ]  panier repas fourni par la famille et identifié au nom de l’enfant,

 [ ]  horaires des repas fixes, à préciser :

 [ ]  possibilité de se réhydrater en classe

 [ ]  collations supplémentaires fournies par la famille

 [ ]  autres préconisations

# AMENAGEMENTS SCOLAIRES EVENTUELS

 **[ ]  Environnement :**

 [ ]  Possibilité de sortir de la classe pour aller aux toilettes,

 [ ]  Double jeu de livres

 [ ]  Accès à l’ascenseur

 [ ]  Mobilier particulier

 [ ]  Autres

 **[ ]  EPS** (détailler)

 **[ ]  Sorties scolaires ou classes transplantées**

 [ ]  Veiller à ce que l'enfant ait toujours sa trousse à disposition

**PROTOCOLE D’URGENCE**

**(A remplir par le médecin qui suit l’enfant)**

***Mettre un exemplaire dans la trousse d’urgence***

##### NOM :

##### Prénom :

Date de naissance :

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNES D’APPEL**Symptômes visibles pouvant être associés ou non | **CONDUITE A TENIR** |
|  |  |
|  |  |
| **En cas de signes de gravité** | **FAIRE LE 15** |

##### Contenu de la trousse d’urgence à fournir par les parents à l’école:

##### Informations à fournir au médecin des urgences (informations confidentielles à transmettre sous pli cacheté) :

Date : Cachet et signature du médecin qui suit l’enfant