

PROTOCOLE D'INTEGRATION SCOLAIRE

ou D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

POUR LES ENFANTS HANDICAPES

OU PORTEURS DE MALADIE CHRONIQUE

(Circulaire n°93-248 du 22 juillet 1993)

Protocole commun à :

- L'Inspection Académique de, Promotion de la Santé en Faveur des Elèves,
- Le Conseil Général de, Service PMI,
- La Mairie de

ANNEE SCOLAIRE 20 - 20

Etablissement scolaire :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fax :

Adresse électronique :

Elève :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

PARTIES PRENANTES :

Les parents ou tuteur légal :

Nom :
Prénom :

Le chef d'établissement ou le directeur d'école :

Nom :
Prénom :

L'enseignant(e) ou le référent :

Nom :
Prénom :

Le médecin scolaire ou le médecin de PMI :

Nom :
Prénom :

L'infirmière de santé scolaire, l'infirmière de PMI, ou la puéricultrice :

Nom :
Prénom :

Le médecin traitant ou le médecin de spécialiste :

Nom :
Prénom :

La collectivité locale représentée par Monsieur le Maire :

Si nécessaire, autres personnels para-médicaux et associations concernées :

Elève concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Classe fréquentée :

Besoins de l'élève :

Accessibilité des locaux :

➤ Scolaires :

➤ Sanitaires :

➤ Restauration :

➤ Mobilier adapté (siège, table, ...) :

➤ Temps pour prise de médicaments ou autre soin :

Aménagement à prévoir dans le cadre :

➤ De l'enseignement de l'éducation physique et sportive :

➤ Des transports scolaires :

➤ Des déplacements scolaires en dehors de l'école :

➤ Des voyages scolaires :

Prise en charge complémentaire :

➤ Type de prise en charge :

➤ Coordonnées des personnes ou organismes concernés :

➤ Fréquence et horaires des interventions :

➤ Lieu d'intervention (intra ou extra scolaire) :

Soins dans le cadre de l'établissement scolaire assurés par :

BESOINS MEDICAUX ET PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

(à remplir lisiblement par le médecin traitant ou le médecin spécialiste)

Elève concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Etablissement scolaire :

Adresse :

.....

Classe fréquentée :

Conseils et recommandations :

Signes d'appels, symptômes visibles :

Mesures à prendre :

Des éléments confidentiels et complémentaires peuvent être joints sous pli cacheté, à l'attention du médecin intervenant en urgence, ceux-ci seront rendus au médecin traitant en fin d'année scolaire.

Date :

Cachet

Signature du médecin traitant
ou du médecin spécialiste.

PERSONNES A CONTACTER :

Père :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Mère :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Précisions éventuelles :

.....

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Permanence tél. d'urgence :

SAMU : 15

LES SIGNATAIRES :

- Les parents ou tuteur légal :

- Le chef d'établissement ou le directeur d'école :

- Le médecin scolaire ou le médecin de PMI :

- Le médecin traitant ou le médecin spécialiste :

- L'Inspecteur de l'Education Nationale :

- L'enseignant ou le référent :

- Le Maire :

Un exemplaire de ce projet sera remis à chaque signataire et renouvelé chaque année scolaire.

AUTORISATION PARENTALE
PRISE DE MEDICAMENT SUR LE TEMPS SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

Je, soussigné,

Parent ou tuteur légal de l'enfant :

Né(e) le :

Fréquentant l'école

En classe de

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer,
suivant la prescription*, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à le

Signature des parents ou du tuteur légal :

* Joindre impérativement à ce document la prescription lisible et détaillée du médecin.