

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE  
POUR ENFANT ASTHMATIQUE SCOLARISE EN COLLEGE**

(Circulaire n° 2003-135 du 8-09-2003)

PHOTO

**ELEVE CONCERNE :**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

**COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX A CONTACTER.  
(à maintenir impérativement actualisées)**

Noms des Parents : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_

☎ Portables: \_\_\_\_\_

**DEMANDE DES PARENTS**

Je soussigné(e) ..... , ( père, mère , représentant légal) demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements ci -dessous fournis par mon médecin traitant le Dr .....  
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire et périscolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

**JE M'ENGAGE A SIGNALER TOUT CHANGEMENT DE TRAITEMENT OU AGGRAVATION DE LA PATHOLOGIE DE MON ENFANT AU SERVICE DE SANTE SCOLAIRE**

Date :

Signature du représentant légal :

**Avis du médecin traitant** : souhaitez-vous que votre avis médical concernant ce projet d'accueil individualisé soit renouvelé de façon automatique pour l'ensemble des années de **collège** ?

OUI

NON

Nom du médecin traitant :

Date :

Signature et cachet du médecin

**A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT :**

