

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ALLEGE

## - PRISE D'UN MEDICAMENT -

Accueil d'enfants et d'adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période  
Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003

<b>ELEVE CONCERNE :</b>		<b>ANNEE SCOLAIRE :</b>	
Nom – Prénom : .....		Date de naissance : .....	
Adresse : .....			
Etablissement scolaire : .....			
Classe : .....			
<b>COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX A CONTACTER</b>			
PERE : Nom/Prénom		MERE : Nom/Prénom	
🏠 DOMICILE :		🏠 DOMICILE :	
🏢 TRAVAIL :		🏢 TRAVAIL :	
<b>COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT NOM :</b>			🏠
<b>S A M U : 15</b>			
<b>SIGNES D'APPEL – SYMPTOMES VISIBLES</b>			
<b>MESURES A PRENDRE – MODALITES DE PRISE DE MEDICAMENT(S) :</b>			
SPECIFIER LE(S) MEDICAMENT(S) A PRENDRE, LE DOSAGE ET LA DUREE DE TRAITEMENT			
LA FAMILLE FOURNIT LE TRAITEMENT L'ORDONNANCE DU MEDECIN DOIT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTE AU PAI			
<b>LIEU OU SE TROUVE(ENT) LE(S) MEDICAMENTS</b>		LE(S) MEDICAMENT(S) DOIT(VENT) ETRE EMPORTE(S) LORS DES DEPLACEMENTS SCOLAIRES	
<input type="checkbox"/> REMIS A :  <input type="checkbox"/> PORTE(S) EN PERMANENCE PAR L'ELEVE			

**DEVANT TOUT SYMPTOME INQUIETANT PAR SON INTENSITE OU SA DUREE  
=> APPELER LE 15 ET PREVENIR LES PARENTS**

SIGNATAIRES	FAIT A	LE
PARENTS	MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE	DIRECTEUR D'ECOLE OU CHEF D'ETABLISSEMENT
MEDECINS SCOLAIRES	INFIRMIERE SCOLAIRE	AUTRE