



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE SIMPLIFIE

ELEVE CONCERNE

| | | |
|------------------------------------|---------------------|----------|
| Photo récente et obligatoire | Nom : | Prénom : |
| | Adresse : | |
| | Date de naissance : | Age : |
| | Classe : | Sexe : |

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Responsable de l'élève.....

Autorise le personnel de l'école Sainte Marie à délivrer les médicaments prescrits, dans les conditions précisées sur l'ordonnance de moins d'un an ci-jointe.

Lieu de stockage du traitement :

Les signes d'appel :

.....
.....
.....

Les mesures à prendre :

.....
.....
.....
.....

Si les signes persistent, contacter la famille

Personne à contacter :

N° domicile : N° travail : N° portable :

Besoins spécifiques de l'élève

(cocher la mention retenue)

Restaurant scolaire

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre (préciser)

Les goûters

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

Les activités d'arts plastiques

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux ou aliments :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Peinture
- Autres (préciser).....

Autres aménagements à détailler

.....

.....

.....

.....

En cas d'urgence, appeler le 15 (exemple : asthme qui ne cède pas au traitement)

Signatures

Parents / tuteurs :

Chef d'établissement :