Demande d'Accueil Personnalisé

En raison de trouble(s) de santé et/ou problème de comportement connu(s)
Pour l'ensemble des prestations proposées par le Direction de l'Education

☐ **ANNÉE SCOLAIRE : 2019/2020**
(Valable de septembre à août inclus)

☐ **RENOUVELLEMENT : 2020/2021**
☐ **RENOUVELLEMENT : 2021/2022**

L'ENFANT :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :.....Etablissement scolaire :.....

Trouble(s) de santé connu(s) : .....

Si allergie : allergène(s) en cause :.....

Si asthme : ***un questionnaire sera à remplir avec l'infirmière puéricultrice municipale***

LES PARENTS :

① La mère

NOM :.....PRENOM :.....
Adresse.....
.....
.....
Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Mail : .....

① Le père

NOM :.....PRENOM :.....
Adresse.....
.....
.....
Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Mail : .....

Je vous demande de bien vouloir étudier les possibilités d'accueil pour mon enfant …… …… …… pour la ou les prestations suivantes (cocher les cases correspondantes ci-dessous) dans le respect du protocole médical et/ou de l'ordonnance clairement établis par le médecin…… en date du ……

PRESTATIONS MUNICIPALES SOUHAITEES	Cadre réservé à l'Administration
☐ Accueil de loisirs du matin	
☐ Accueil de loisirs du midi	
☐ Accueil de loisirs du soir	
☐ Accompagnement à la scolarité (CAJIP)	
☐ Accueils de loisirs des mercredis	
☐ Accueils de loisirs des petites et grandes vacances	
☐ Séjours assurés par le Conseil Départemental (hors Carros) **Dans ce cas, autorisez-vous à transmettre les copies au conseil départemental : OUI NON**	
☐ Multi Accueil Collectif Familial	
☐ Etablissement d'accueil des jeunes enfants	

➔ ASPECTS MEDICAUX :

- Votre enfant a t-il un traitement médical lié à son trouble de santé ? ☐ Oui ☐ non
- Un protocole d'intervention en cas d'urgence précisant les signes d'appel et les mesures à prendre est-il formalisé par le médecin ? ☐ Oui ☐ non
- Votre enfant a t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) signé avec L'Education nationale ? ☐ Oui ☐ non
- Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé ? ☐ Oui ☐ non

➔ BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT :

- Horaires adaptés :……
- Accessibilité des locaux sportifs, sanitaires : ……
- Mobilier adapté : ……
- Transports et déplacements : ……
- Activités physiques : ……
- Activités manuelles : ……
- Besoins liés à la restauration : ……
- Observations et surveillance particulière :……
- Autres :

……

……

DOCUMENTS MEDICAUX A FOURNIR AU MOMENT DU DEPOT DE CE DOSSIER :

. Certificat médical de moins d'un mois précisant le ou les troubles de santé et la conduite à tenir
. Protocole d'intervention en cas d'urgence (au besoin) *sauf si déjà fourni en cas de reconduction à l'identique*
. Ordonnance de moins d'un mois lisible précisant uniquement les médicaments qui seront dans la trousse avec la posologie sans appréciation et ni interprétation possible (si prise de médicament nécessaire)
. Photocopie de l'attestation AEEH

A FOURNIR AU GUICHET UNIQUE POUR CHAQUE STRUCTURE D'ACCUEIL LA OU LES TROUSSE(S) COMPRENANT LES MEDICAMENTS :

.Trousses zippées (de préférence transparente) avec le nom et prénom de votre enfant à ramener au guichet.

Cette demande est valable pour l'année scolaire en cours (de septembre à août).

Je soussigné,…… ……, responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements précisés dans ce document et je m'engage à fournir toute information complémentaire nécessaire à l'instruction de ce dossier.
Je m'engage à fournir le nombre de trousse nécessaire comprenant les médicaments au guichet unique et m'engage à la ou les récupérer à la fin de l'année scolaire.

Je vous remercie par avance d'instruire ma demande et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature : Date : ……/……/2019 Nombre de trousse : ……

Signature : Date : ……/……/2020 Nombre de trousse : ……

Signature : Date : ……/……/2021 Nombre de trousse : ……

PAGE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Trouble de santé

INSTRUCTION DU DOSSIER

Nom de l'enfant : ……. ***Prénom de l'enfant : …….***

Date de réception du dossier : ……

PIECES FOURNIES DANS LE DOSSIER REMIS PAR LA FAMILLE

Certificat médical	☐	Dispositions alimentaires particulières	☐
Ordonnance	☐	Protocole Médical d'urgence fourni par le médecin	☐
AEEH	☐	Projet d'Accueil Individualisé (Education nationale)	☐

➔ ANALYSE MEDICALE : (par l'infirmière municipale)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Thermomètre auriculaire : oui ☐ non ☐

Panier repas: oui ☐ non ☐ **Panier Goûter** : oui ☐ non ☐

Vaisselle à fournir : oui ☐ non ☐

Favorable ☐ Défavorable : ☐

Dates : …./…./2019 **Signature de l'infirmière municipale**

Demande de renouvellement à l'identique ☐ Dossier complet le : …/…/2020

Favorable ☐ Défavorable : ☐

Dates : …./…./2020 **Signature de l'infirmière municipale**

Demande de renouvellement à l'identique ☐ Dossier complet le : …/…/2021

Favorable ☐ Défavorable : ☐

Dates : …./…./2021 **Signature de l'infirmière municipale**