



Demande d'Accueil Personnalisé

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

ANNÉE SCOLAIRE : 2018/2019

(Valable de septembre à août inclus)

Photo
d'identité

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
<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs du matin	
<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs du midi	
<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs du soir	
<input type="checkbox"/> Accueil des loisirs Mercredis matins	
<input type="checkbox"/> Accompagnement à la scolarité (CAJIP)	
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs Mercredis journées	
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs des petites et grandes vacances	
<input type="checkbox"/> Séjours assurés par le Conseil Départemental (hors Carros)	
<input type="checkbox"/> Multi Accueil Collectif Familial (crèche)	

Autorisez-vous à transmettre ce dossier au conseil départemental en cas de séjour :

OUI NON

→ 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
- . Photocopie du dernier P.A.I. signé avec l'Education Nationale

A FOURNIR A CHAQUE RESPONSABLE DE STRUCTURE D'ACCUEIL :

La ou les trousse(s) comprenant le(s) médicament(s) → Trousses zippées (de préférence transparente) avec le nom et prénom de votre enfant

Cette demande est valable pour l'année scolaire 2018/2019 (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 vous remercie par avance d'instruire ma demande et je vous prie d'agréer, **Madame, Monsieur**, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature : père, mère, autres

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDE PAR LA COMMUNE

INSTRUCTION DU DOSSIER

Date de réception du dossier :

PIECES FOURNIES DANS LE DOSSIER REMIS PAR LA FAMILLE

Certificat médical	<input type="checkbox"/>	Dispositions alimentaires particulières	<input type="checkbox"/>
Ordonnance	<input type="checkbox"/>	Protocole Médical d'urgence fourni par le médecin	<input type="checkbox"/>
AEEH	<input type="checkbox"/>	Projet d'Accueil Individualisé (Education Nationale)	<input type="checkbox"/>

➔ 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 :

Observations :

.....

Dates : Signature :

➔ ANALYSE DE FAISABILITE EN CAS DE PROBLEMATIQUE ALIMENTAIRE

(par la responsable du service des affaires scolaires) :

. Besoin d'un ou de réfrigérateurs : oui non site(s).....

. Besoin d'un four micro-onde : oui non

. Lien avec le service restauration municipale oui non

Accord pour la mise en œuvre des besoins spécifiques par le service affaires scolaires

Dates: Signature :

➔ ANALYSE DE FAISABILITE EN CAS DE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER :

Personne responsable

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

Accord pour la mise en œuvre des besoins spécifiques par le service de l'enfance ou/ou des sports

Dates: Signature :