

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 : 2021/2022

(Valable de septembre à août inclus)

RENOUVELLEMENT : 2022/2023

RENOUVELLEMENT : 2023/2024

L'ENFANT :

Nom et Prénom 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.....

.....

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Mail :

① Le père

NOM : PRENOM :

Adresse.....

.....

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

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"/> Accompagnement à la scolarité (CAJIP)	
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs des mercredis	
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs des petites et grandes vacances	
<input type="checkbox"/> Séjours assurés par le Conseil Départemental (hors Carros) Dans ce cas, autorisez-vous à transmettre les copies au conseil départemental : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Multi Accueil Collectif Familial	
<input type="checkbox"/> 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 de trois 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 de trois 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 :

.Trousse 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.

A Carros, le/...../.....

Signature :

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 <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"/>

➔ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU PROTOCLE DU MEDECIN :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- RDV AVEC LA FAMILLE LE/...../2021
- ENTRETIEN TELEPHONIQUE LE/...../2021

Thermomètre auriculaire : oui non

Panier repas: oui non

Vaisselle à fournir : oui non

Favorable

Panier Goûter : oui non

Défavorable :

Date :/...../2021

Signature de l'infirmière municipale

Demande de renouvellement <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable : <input type="checkbox"/> Date :/...../2021	Dossier complet le : .../.../2021 Signature de l'infirmière municipale :
--	--

Demande de renouvellement <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable : <input type="checkbox"/> Date :/...../2022	Dossier complet le : .../.../2022 Signature de l'infirmière municipale :
--	--