



# 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 la Direction de l'Education

ANNÉE SCOLAIRE 1 : .....  
(Valable de septembre à août inclus)

RENOUVELLEMENT ANNÉE SCOLAIRE 2 : .....

RENOUVELLEMENT ANNÉE SCOLAIRE 2 : .....

**L'ENFANT :**

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....

	Année 1	Année 2	Année 3
Etablissement scolaire			
Lieu d'accueil ACM mercredis			

Trouble(s) de santé connu(s) : .....

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

Si asthme : ***un questionnaire sera à remplir***

Réservé à l'administration

Prestations municipales souhaitées (cocher la ou les case(s) correspondante(s))	Trousse Année 1	Trousse Année 2	Trousse Année 3
<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs périscolaire			
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs des mercredis			
<input type="checkbox"/> Accueils de loisirs des petites et grandes vacances			
<input type="checkbox"/> Crèche			
<input type="checkbox"/> Accompagnement à la scolarité (CAJIP)			

Je vous demande de bien vouloir étudier les possibilités d'accueil pour mon enfant (nom et prénom) .....  
..... pour la ou les prestation(s) cochée(s) ci-dessus dans le respect du protocole médical et/ou  
de l'ordonnance clairement établis par le médecin (nom et prénom) .....  
délivré(s) en date du .....

**LES PARENTS OU RESPONSABLES LÉGAUX : merci d'écrire en majuscule**

- **La mère**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse.....

.....

Portable personnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Portable professionnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse e-mail valide
-----------------------

- **Le père**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse.....

.....

Portable personnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Portable professionnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse e-mail valide
-----------------------

\*\*\*\*\*

**DOCUMENTS MÉDICAUX À FOURNIR AU MOMENT DU DÉPÔT DE CE DOSSIER :**

- . Certificat médical de moins de trois mois précisant le ou les trouble(s) de santé et la conduite à tenir
- . Protocole d'intervention en cas d'urgence (au besoin)
- . Ordonnance lisible de moins de trois mois précisant uniquement les médicaments qui seront dans la trousse avec la posologie sans appréciation et ni interprétation possible (si prise de médicament nécessaire). Nota : La dénomination des médicaments de la trousse doit être identique à l'ordonnance.
- . Photocopie de la notification MDPH.

**TROUSSE(S) COMPRENANT LES MÉDICAMENTS À FOURNIR AU GUICHET UNIQUE POUR CHAQUE STRUCTURE D'ACCUEIL (périscolaire et extrascolaire) :**

.Trousse(z) zippée(s) (de préférence transparente) avec le nom et prénom de votre enfant à ramener au guichet après validation du dossier par l'administration.

**➔ ASPECTS MÉDICAUX :**

- 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) avec L'Education nationale ?  oui  non
- Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé ?  oui \*  non

\*Si oui, la copie de la notification MDPH est à fournir.

**➔ BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT :**

- Horaires adaptés :  oui  non Si oui précisez .....
- Accessibilité des locaux scolaire, sportifs et sanitaires :  oui  non Si oui précisez .....
- Mobilier adapté :  oui  non Si oui précisez .....
- Transports et déplacements :  oui  non Si oui précisez .....
- Activités physiques :  oui  non Si oui précisez .....
- Activités manuelles :  oui  non Si oui précisez .....
- Besoins liés à la restauration :  oui  non Si oui précisez .....
- Observations et surveillance particulière :  oui  non Si oui précisez .....
- Autres :  oui  non Si oui précisez .....

**Cette demande est valable pour une année scolaire (de septembre à août) renouvelable 2 fois.**

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements précisés dans ce document. Je m'engage à :

- fournir toute information complémentaire nécessaire à l'instruction de ce dossier.
- fournir le nombre de trousse(s) nécessaire(s) comprenant les médicaments au guichet unique
- récupérer la ou les trousse(s) fournie(s) à la fin de l'année scolaire auprès du guichet unique

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

Année 1 : ..... Date et Signature :

Année 2 : ..... Date et Signature :

Année 3 : ..... Date et Signature :

PAGE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

**INSTRUCTION DU DOSSIER**

*Nom et prénom de l'enfant* : .....

Date de réception du dossier par l'administration année 1 : .....

**PIÈCES 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"/>
Notification MDPH	<input type="checkbox"/>	Projet d'Accueil Individualisé (Education nationale)	<input type="checkbox"/>

**➔ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AU PROTOCLE DU MÉDECIN :**

Pour l'année 1 : .....
Pour l'année 2 : .....
Pour l'année 3 : .....

RDV avec la famille le ...../...../.....

Entretien téléphonique le ...../...../.....

**Panier repas** :                    oui  non

**Panier Goûter** :                    oui  non

Vaisselle à fournir :            oui  non

Thermomètre auriculaire :    oui  non

Favorable

Défavorable

Date : ...../...../.....

Signature de l'infirmière municipale

Demande de renouvellement en date du ...../...../.....                    Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable : <input type="checkbox"/> Date de réception du dossier par l'administration année 2 : ...../...../..... <b>Date : ...../...../.....</b> <b>Signature de l'infirmière municipale</b>
---

Demande de renouvellement en date du ...../...../.....                    Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable : <input type="checkbox"/> Date de réception du dossier par l'administration année 3 : ...../...../..... <b>Date : ...../...../.....</b> <b>Signature de l'infirmière municipale</b>
---