

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ►

**PRISE EN CHARGE A L'EXTERIEUR
DE L'ÉTABLISSEMENT
PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE**

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :	DATE :
NOM – PRÉNOM :DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : NOM DU DIRECTEUR OU DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT : NOM DE L'ENSEIGNANT OU DU PROFESSEUR PRINCIPAL :CLASSE :		
COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX		
NOM – PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE
☐ Parent :		  PORT.  TRAVAIL
☐ Parent :		  PORT.  TRAVAIL
☐ Autre responsable légal :		  PORT.  TRAVAIL
MÉDECIN TRAITANT : 		
S A M U 15 / 112		

Je, soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'élève ci-dessus désigné, autorise mon enfant à quitter la classe pour une prise en charge à l'extérieur de l'établissement, selon les modalités indiquées ci-dessous.

PÉRIODE DE LA PRISE EN CHARGE						
INTERVENANT (NOM – ADRESSE)						
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
HORAIRES DES SÉANCES DE PRISE EN CHARGE						
HEURE DE SORTIE DE CLASSE						
HEURE DE RETOUR EN CLASSE						
PERSONNE ACCOMPAGNANT L'ÉLÈVE						

Date :	SIGNATAIRES (nom – signature)	
Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire)	Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire)	
Enseignant de la classe	Intervenant	