

## Projet d'Accueil Individualisé Pour Enfants et Adolescents

Nom – Prénom :

Date de Naissance :

**La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou ses soins et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints à l'obligation de discrétion professionnelle et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin<sup>1</sup>.**

**Je soussigné(e)** .....,

Cocher la case

Père - Mère - Représentant légal

Demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale du :

Docteur .....

Etablissement de Référence : .....

Tél : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement scolaire : école, cantine, temps périscolaire.

En cas de changement dans la prescription médicale, je m'engage à prévenir l'école et à apporter la ou les ordonnances modifiées.

A

Le

Signature(s)

<sup>1</sup> Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005