



Direction de la santé

## FORMULAIRE D'ARRET D'APPLICATION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

<input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires
<input type="checkbox"/>	Allergies non alimentaires
<input type="checkbox"/>	Asthme

<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Convulsions fébriles
<input type="checkbox"/>	Cardiopathie

<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	Hémophilie
<input type="checkbox"/>	Autres (à préciser)
<input type="checkbox"/>	.....

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_  
(ou à défaut date de naissance)

Etablissement scolaire/classe : \_\_\_\_\_

Foyer scolaire : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
représentant(e) légal(e) de \_\_\_\_\_  
demande par la présente l'arrêt de l'application du projet d'accueil individualisé  
rédigé par le Dr \_\_\_\_\_.

Date et signature du/ de la représentant(e) légal(e) :