



Projet d'accueil individualisé

مشروع (بروتوكول) لاستقبال شخصي

Nom et prénom de l'enfant (ة) اسم ولقب الطفل (ة) : _____

Madame, Monsieur,

Vous nous avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins sur le temps scolaire.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient que vous demandiez la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) valable sur ce temps.

Pour cela, vous voudrez bien :

- Faire compléter le document ci-joint (protocole de soins d'urgence)

Par le médecin de votre enfant

- joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence prescrits
- joindre les médicaments (ATTENTION : les médicaments cités dans le protocole de soins d'urgence doivent être les mêmes que ceux écrits sur l'ordonnance).

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (attention les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux écrits sur le protocole de soins d'urgence sans substitution).

السيدة والسيد أولياء الأمر،

لقد قمتم بإبلاغنا أن نجلكم/نجلتكم يعاني حالة مرضية يمكن أن تستدعي ضرورة تقديم علاج أو رعاية طبية خلال اليوم الدراسي. ولإتاحة تقديم اللازم لهذه الاحتياجات، فيمكنكم طلب وضع بروتوكول استقبال شخصي (PAI) يطبق أثناء اليوم الدراسي. ولهذا الغرض، فالمطلوب ما يلي:

- ملء بيانات المستند المرفق (بروتوكول الرعاية في الطوارئ)

عن طريق طبيب الطفل:

- إرفاق الروشنة الخاصة بالرعاية وقت الطوارئ والمذكور بها الإجراءات والأدوية الموصوفة لذلك.
- إرفاق الأدوية (ملحوظة: الأدوية المذكورة في بروتوكول الرعاية في الطوارئ يجب أن تكون متطابقة مع الأدوية المذكورة في الروشنة)

سيكون من مسئوليتكم إحضار حقيبة الطوارئ المتضمنة للأدوية والعلاج ومراعاة تجديدها كل فترة (ملحوظة: الأدوية والعلاجات داخل هذه الحقيبة يجب أن تكون نفس الأدوية المذكورة في بروتوكول الرعاية في الطوارئ بدون تبديل)

Date et signatures des parents ولي الأمر : A _____, le / /



**CE DOCUMENT EST VALABLE POUR L'ANNEE 2019-2020,
IL DEVRA ETRE RENOUVELE CHAQUE ANNEE**
هذا المستند سارى للعام الدراسى 2020-2019
ويجب أن يحدد كل عام

Photo
Obligatoire
صورة اجبارية

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE بروتوكول استقبال شخصى

Je soussigné أدناه أنا الموقع الموقع (père, mère, représentant légal) pouvant être joint au : (والد، والدة، ممثل قانونى)، الممكن الاتصال بى على الرقم التالى:	Nom :اللقب :	Prénom :الاسم :
	Adresse :العنوان :	
	Date de naissance :تاريخ الميلاد :	Age :السن :
	Classe :الفصل :	Sexe :النوع :

Demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....
n° de tel

أطلب لنجلى/نجلتى وضع بروتوكول استقبال شخصى تأسيسا على الروشنة الطبية و/أو البروتوكول العلاجى للطبيب..... ورقم تليفونه.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'école Misr language Schools. Je demande aux personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document correspondants à l'ordonnance.

أصرح بأن يتاح هذا المستند للعاملين المسئولين عن طفلى/طفلاتى فى مدارس مصر للغات، وأطلب منهم تطبيق الاجراءات وإعطاء العلاجات كما هو مذكور فى هذا المستند والمطابقة للروشنة.

Signature du ou des représentants légaux : توقيع المسئول أو المسئولين القانونيين

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

تم إبلاغ الأشخاص المعنية بكامل محتوى المستند وملحقاته، ويلتزمون بإبلاغه بدورهم للعاملين الممكن أن يحلوا محلهم.

Date et Signatures du PAI :التاريخ والتوقيعات على البروتوكول PAI

La directrice du primaire مديرة الابتدائى

Médecin scolaire الطبيب المدرسى



SECTION FRANÇAISE MLF
LYCEE INTERNATIONAL MISR LANGUAGE SCHOOLS

Route du Fayoum – Guizèh – LE CAIRE (EGYPTE)
Téléphone : (202) 3376 0170 / Fax: (202) 3376 7664
Courriel : sectionfrancaise@mls.edu.eg
Site Internet : <http://mls-egypt.org>



Enfant atteint d'allergie ou d'intolérance alimentaire (précisez)
طفل مصاب بالحساسية أو التحسس الغذائي (رجاء التحديد)

Enfant atteint d'une autre pathologie nécessitant le cas échéant d'un encadrement spécifique (précisez)
طفل يعاني أحد الأمراض التي تستلزم إشراف ومتابعة محددة (رجاء التحديد)

DANS LE CAS D'UNE ALLERGIE OU INTOLERANCE ALIMENTAIRE, JE PRECONISE :

في حالة الحساسية الغذائية ، فأوصى بالتالي:

Que l'enfant mange comme les autres élèves, en dehors des aliments interdits.

يأكل الطفل مثل باقي زملائه فيما عدا الأطعمة الممنوعة لحالته

Que l'enfant ne mange rien en dehors de ce qui est donné par les parents.

لا يأكل الطفل أى طعام فيما عدا ما يرسله ولى الأمر

Autres observations ملاحظات أخرى

EN CAS DE PROBLEME فى حل حدوث مشكلة

Situations المواقف	Signes d'appel علامات تستوجب الإبلاغ	Conduite à tenir التصرف الواجب اتباعه
Dès les premiers signes, le médecin scolaire est prévenu et se conformera aux prescriptions du médecin, et préviendra les parents. عند ظهور أول علامات، يتم إبلاغ طبيب المدرسة والذي سيقوم باتباع إرشادات الطبيب المعالج و يقوم بإبلاغ ولى الأمر.		

Fait à le lieu....., le

Signature et cachet du médecin de famille (الطبيب المعالج) : توقيع طبيب العائلة

Prendre le PAI et la trousse d'urgence lors de tout déplacement hors de l'établissement scolaire.

احضار البروتوكول و حقيبة الطوارئ خلال أى انتقالات خارج المدرسة.