

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE



2024
2025

Enfant concerné :

NOM : [] **PRENOM :** [] **SEXE :** []

DATE DE NAISSANCE : [] **AGE :** []

ADRESSE : []

ETABLISSEMENT :

NOM :
TYPE D'ETABLISSEMENT : Accueil de Loisirs Sans Hébergement
FORME JURIDIQUE : Communauté de Communes du NORD EST BEARN
CHEF D'ETABLISSEMENT :
ADRESSE : 1, rue St Exupéry - BP26 – 64160 MORLAAS
TELEPHONE : 05.59.33.46.10 **PORTABLE :**

La transmission des informations médicales susceptibles d'être couvertes par le secret professionnel, permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Ainsi, la structure d'accueil lui offre la possibilité de suivre son traitement et ou son régime et peut intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Je soussigné père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant, la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention du Docteur
Tél :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'accueil de loisirs.
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document en cas de besoin.

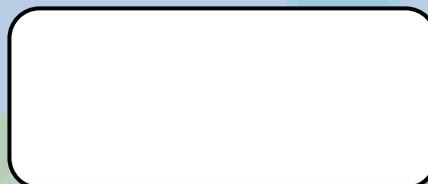
Signature du représentant légal :



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

La Responsable de l'ALSH

Vu et pris connaissance pour information



PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT



PERSONNES A PREVENIR

(Numéroter par ordre de priorité)

Les urgences :

Le 112 par portable ou le 15 SAMU ou le 18 pompiers



Les parents ou représentants légaux :

Monsieur :

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Téléphone domicile : _____
 Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____

Madame :

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Téléphone domicile : _____
 Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____

Le médecin qui suit l'enfant :

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Téléphone cabinet : _____

Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le Médecin :

Contenu

-
-
-
-

Lieu où est déposée la trousse



Conduite à tenir en cas de déplacement hors de la structure

- nécessité de prendre la trousse oui non
- information des personnels oui non

Conduite à tenir sur le temps de restauration

- nécessité de prendre la trousse oui non
- information des personnels oui non
- prise de repas préparés par la structure oui non
- menus habituels avec éviction de certains éléments oui non

Si oui lesquels.....

- goûter fourni par les parents oui non

Conduite à tenir sur avec les activités d'art plastique

- attention à porter à certains matériaux

Autres aménagements ou recommandations :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN QUI SUIT L'ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

NOM du Médecin :
Adresse :

Téléphone :

Pathologie :

-
-
-

Composition de la trousse d'urgence :

-
-
-



Situation qu'il sera possible de rencontrer

Signes d'alerte

-
-
-

Conduite à tenir :

-
-
-

Date :

Signature et cachet :

Joindre une ordonnance

