

**PROTOCOLE D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SAMU : 15**  **Pompiers : 18** | **Projet d’accueil individualisé**  *(circulaire n°2003-135 du 08/09/2003)*  **Protocole de surveillance médicale**  **Pour le CVL et l’ALSH** | *Date*  Le : …………………… |

|  |
| --- |
| **L’enfant :**  Nom : ……………………………………………………………………… Prénom : ………………………........  Né (e) le : ……………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centre de vacances :** ❑ OUI ❑ NON  **Centre de loisirs :** ❑ OUI ❑ NON  ❑ Matin ❑ Après-midi | | |
| **Les parents :**  ou personne  ayant la responsabilité  de l’enfant  **à prévenir** | **PERE**  **Nom :** …………………………………………………….........  **Prénom :** ……………………………………………….........  **Adresse :** …………………………………………………......  ……………………………………………………………………...  **Tel domicile :** …………………………………………….....  **Tel travail :** …………………………………………………... | **MERE**  **Nom :** …………………………………………………….......  **Prénom :** ……………………………………………….......  **Adresse :** …………………………………………………....  …………………………………………………………………….  **Tel domicile :** ……………………………………………...  **Tel travail :** …………………………………………………. |
| **Autres personnes à prévenir**  **Médecin traitant** Nom : ………………………………….............................………………………………………………………………...........  Adresse : ………………………………….............................…………………………………………………………………….  Téléphone : ………………………………….............................………………………………………………………………..  **Autres services médicaux (ou paramédicaux) en cas d’absence du médecin traitant :**  Nom  Adresse  Téléphone  …………………………………........ .....................…………………………………………………… ………………………………………………………………....  …………………………………........ .....................…………………………………………………… ………………………………………………………………....  …………………………………........ .....................…………………………………………………… ……………………………………………………………….... | | |

|  |
| --- |
| **Raisons motivant cette démarche (pathologie présentée)** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………...... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Protocole à établir par le médecin traitant ou spécialiste** | |
| **Signes cliniques à surveiller** | **Conduite à tenir** |
| ***Mineurs : nécessitant une surveillance plus attentive***  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................ | ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................ |
| ***Majeurs : nécessitant des mesures à prendre d’urgence***  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  …………………………………………………………… | ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  ……………………………………………………………  ……………………………………………........................  …………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Trousse d’urgence ( à établir par le médecin traitant ou spécialiste )** | | | |
| Nom | Posologie | Voie d’administration | Lieu de rangement |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Les médicaments sont fournis par les parents et renouvelés lorsqu’il y a lieu.*

|  |
| --- |
| **Prise en charge complémentaires / Traitement de fond** (Type(s) de soin(s), par qui, où, quand)  **à établir par le médecin traitant ou spécialiste** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….......…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Dispenses d’activité** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Aménagements spécifiques** |
| **Régime alimentaire :**  …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………......  ……..…………………………………………………………………………………………………………………......  **Accessibilité des locaux :**  …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………......  **Autres :**  …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………......  …………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………...... |

**DISPOSITIONS PRATIQUES**

**DUREE DU PROTOCOLE**

Le présent protocole est souscrit pour la présente année civile. Il devra faire l’objet d’un renouvellement chaque nouvelle année.

**MODIFICATIONS DES TERMES DU PROTOCOLE**

Tout changement notoire devra faire l’objet d’un avenant au document initial.

|  |
| --- |
| **ATTESTATION - TROUSSE MEDICALE**  Je soussigné(e), responsable légal de l’enfant ………………………………………………………………...  M’engage à remettre une trousse de médicament pour mon enfant, en rapport avec le protocole, à chaque établissement qu’il doit fréquenter.  SIGNATURE |

|  |
| --- |
| **SIGNATURE DES PARTIES PRENANTES**  Les signatures ci-dessous acceptent l’application des termes énoncés dans le protocole. Ils ne peuvent être tenus pour responsables en cas d’accidents, la signature des parents valant demande à leur égard.  A ………………………………….. Le ……………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Les parents Le Directeur du séjour**  **Le médecin traitant ou spécialiste Le Directeur de Vacances Evasion** |