

**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 personneayant la responsabilitéde 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** |