



## ANNEXE 2

Madame, Monsieur, .....

Parents de l'enfant .....

Madame, Monsieur,

Vous nous avez indiqué que votre enfant présente **un trouble de la santé** pouvant nécessiter **un traitement ou des soins**, dans le cadre de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement encadré par le Centre Socio-Culturel Marie-Louise DAVIN.

Pour me permettre de répondre à ce besoin, il convient que vous m'adressiez les quatre documents suivants :

- un certificat médical de **moins de 3 mois** confirmant le trouble de la santé.
- l'ordonnance des soins à pratiquer pendant l'accueil de votre enfant.
- le protocole de soins d'urgence ci-joint, à faire remplir par votre médecin.
- le document ci-joint concernant les aménagements particuliers à mettre en œuvre si besoin, à faire remplir par le médecin qui suit votre enfant.

Ce dossier est nécessaire afin de nous permettre d'établir en étroite collaboration avec vous, **un éventuel projet d'accueil individualisé** pour votre enfant dans notre structure.

Ces documents devront être remis en main propre au secrétariat du Centre Socio-Culturel ou adressés sous enveloppe cachetée à mon attention.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A ..... Le .....

**Sylvain Zammit,  
Directeur de l'Accueil de loisirs.**

**ANNEXE 3**  
**PROJET D'ACCUEIL D'UN MINEUR PRESENTANT UN TROUBLE DE LA**  
**SANTE EN DEHORS DES ALLERGIES ALIMENTAIRES**  
**EN ACCUEIL DE LOISIRS OU EN SEJOUR AVEC HEBERGEMENT**

Photo	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de Naissance :	Sexe :

Année scolaire du 1<sup>er</sup> Projet : .....  
 Projet reconduit pour l'année scolaire : .....

***La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé.***  
***La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence.***  
***Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret ou à la discrétion professionnelle et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.***

Je soussigné(e) ....., 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/ou du protocole d'intervention du Docteur .....

Tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

**Signature du représentant légal:**

**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.**

	Directeur de l'accueil de loisirs ou de séjour avec hébergement	Organisateur Mairie ou association
Nom		
Date		
Signature		

Accueil de loisirs ou séjour : ..... Année Scolaire : .....

Adresse: .....

Directeur de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement : .....

Tel : ..... Fax : .....

Organisateur : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Fax : .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

**Les numéros d'urgence :**

Sur téléphone fixe	15
Sur téléphone portable	112

**Les parents ou les représentants légaux :**

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

**Le médecin qui suit l'enfant :**

Nom	
Adresse	
Téléphone	

**Le médecin spécialiste qui suit l'enfant :**

Nom	
Adresse	
Téléphone	

## Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Nombre de trousses :
- Lieux de stockage :
  
- Les trousses sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer le directeur en cas de changement de la prescription médicale.
  
- En cas de déplacement hors de l'accueil de loisirs ou lors des sorties :
  - Informer les personnels de l'accueil de loisirs de l'existence du projet d'accueil individualisé et l'appliquer.
  - Emporter la trousse d'urgence avec le double de ce document.
  - Noter les numéros de téléphone d'urgence quand l'accueil a lieu à l'étranger.
  
- En cas de changement de la personne chargée du suivi sanitaire :
  - Informer immédiatement la nouvelle personne chargée du suivi sanitaire pour respecter la continuité des soins.

## La restauration

La restauration est placée sous la responsabilité de l'association organisatrice : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du projet d'accueil individualisé.

### Besoins spécifiques du mineur (cocher la mention retenue):

- **La restauration :**
  - Restauration collective non autorisée : paniers repas\* préparés et apportés par la famille, seulement autorisés.
  - La société de restauration collective garantit et fournit les repas adaptés à la santé du mineur.
  - Menus ordinaires avec seulement suppression des aliments interdits au mineur (lecture des menus par les parents).
  
- **Les goûters :**
  - Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par le mineur.
  - Goûters fournis par l'organisateur.
  - Consommation des goûters fournis par l'organisateur avec seulement suppression des aliments interdits au mineur.
  
- **Les activités d'arts plastiques et / ou culinaires :**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

  - Fruits à coque, cacahuètes (arachide)
  - Pâte à modeler
  - Autres (préciser).....

\* *Tout panier repas doit avoir été préparé et conditionné en tenant compte des prescriptions contenues dans l'annexe paniers repas (fournie pages 7 et 8 de l'annexe 4)*

**PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE  
EN DEHORS DES ALLERGIES ALIMENTAIRES**  
**A renseigner par le médecin qui suit l'enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Accueil de loisirs ou séjour avec hébergement : .....

**Pathologie :**

.....  
.....  
.....

**Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'accueil de loisirs ou au séjour avec hébergement) :**

Détailler ci-dessous la liste des médicaments et du matériel médical qui doivent se trouver dans la trousse d'urgence.

**Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant  
Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer le protocole suivant:**

Signes d'appel	Conduite à tenir Soin et traitement avec posologie précise
<u>En cas de :</u>	
<u>En cas de :</u>	
<u>En cas de :</u>	

**Noter dans le registre des soins : la date, l'heure d'apparition des signes et l'heure d'administration des médicaments et la dose administrée.  
Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent en attendant les secours.**

Date :

Signature et cachet du médecin :

**Aménagements particuliers dans le cadre  
d'un accueil de loisirs ou d'un séjour avec hébergement**  
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

**Prise en charge complémentaire médicale ou paramédicale :**

**Déplacement dans et hors de l'accueil de loisirs :**

**Activités physiques et sportives :**

**Transport :**

Date :

Signature et cachet du médecin :