



Année scolaire : _____

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Club Enfants (3-11 ans)

Club Ados (11-18 ans)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Nom du ou des représentants légaux : _____

Type d'intégration : Temps plein Temps partiel : _____

RÉFÉRENTS À CONTACTER

Numéro d'urgence : 15 (ou 112 par un portable)

Représentants légaux :

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. travail : _____

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

Médecin spécialiste : _____ Tél. : _____

Service hospitalier concerné : _____ Tél. : _____

Représentant du centre : _____ Tél. : _____

Autre(s) personne(s) à contacter :

_____ Tél. : _____

_____ Tél. : _____

_____ Tél. : _____

_____ Tél. : _____

AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS

- **Locaux dans le cadre de soins particuliers :**

- Local discret pour la kinésithérapie ou les soins : _____
- Lieu de repos
- Local pour entreposer le matériel nécessaire aux soins l'enfant

- **Activités physiques ou sportives :**

- À adapter éventuellement (*voir avis du médecin traitant*) :

- À éviter :

- **Transports :**

- **Séjours et mini-camps :**

TRAITEMENT MEDICAL

- Oui **sur ordonnance** (*écrit par traitement de texte*) – Lieu de stockage : _____
- Non

PROTOCOLE D'URGENCE

Signes d'appel éventuels
(peuvent être dissociés ou associés)

Conduites à tenir
(à déterminer avec le médecin traitant)

SIGNATAIRES DU CONTRAT

Date : _____

Noms	Fonctions	Signatures

(Ce document a été réalisé sur la base de P.A.I. provenant de l'Inspection Académique de l'Aube et de la DDCSPP de l'Aube)