

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Village d'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. : _____

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

- Besoin d'accompagnement spécifique par un Auxiliaire d'Intégration Sociale
- Besoin d'horaires adaptés : _____
- Besoin d'une salle d'activité au rez-de-chaussée ou accessible par plan incliné
- Besoin d'un lieu de repos
- Nécessité d'un régime alimentaire
- Nécessité d'éviter l'attente au restaurant du centre

SURVEILLANCES PARTICULIÈRES

- Allergies : oui non Lesquelles : _____
- Régime alimentaire :
 - Fourniture d'un repas par la famille
En ce cas, l'enfant ne consommera que ce qui est fourni par la famille. Le nom de l'enfant doit être clairement indiqué. Conservation entre 0 et 10°C. Stockage dans un emplacement spécifique réservé.
 - Suppléments caloriques fournis par la famille
 - Prise éventuelle d'un encas fourni par la famille – horaires à préciser : _____
 - Autres (à préciser) : _____

PRISES EN CHARGE COMPLÉMENTAIRES

- Médicale
- Paramédicale

Coordonnées : _____

Heures et jours à préciser : _____

Lieu d'intervention : _____

- Intervention d'un-e infirmier-e

Coordonnées : _____

Heures et jours à préciser : _____

Lieu d'intervention : _____

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)