

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Dans le cadre des accueils de loisirs organisés par la CCSA

1. L'ENFANT OU L'ADOLESCENT CONCERNÉ

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Structure d'accueil :
 - Accueil de loisirs d'Achiet le Grand
 - Accueil de loisirs de Bapaume
 - Accueil de loisirs de Bertincourt
 - Accueil de loisirs de Bucquoy
 - Accueil de loisirs de Croisilles
 - Accueil de loisirs d'Hermies/Metz-en-Couture
 - Accueil de loisirs de Vaulx-Vraucourt
 - Accueil jeunes / Séjour

2. COORDONNEES DES ADULTES QUI SUIVENT L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

- Informations administratives des parents ou des représentants légaux

Parents	Responsable légal	Conjoint
Nom – Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Autre téléphone (famille,...)		

- Le médecin associé à l'accueil de loisirs (nom et téléphone) :
- Le médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie (adresse et téléphone) :
- Le service hospitalier le cas échéant (adresse et téléphone) :

3. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

3.1 Besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent accueilli :

3.2 Prise en charge complémentaire

- Néant sur l'ensemble du 3.2
- Type de cette prise en charge (soins complémentaires, kiné, ...) :
- Coordonnées des personnes ou organismes concernés :
- Fréquence et horaires des interventions :
- Lieu d'intervention :

3.3 Aménagements particuliers dans le cadre de l'accueil de loisirs

- Néant sur l'ensemble du 3.3
- Traitement médical (prise de médicaments par voie orale ou inhalée), en application de l'ordonnance, précisant la marche à suivre et sur demande écrite des parents :
 - Oui
 - Non

Les ordonnances et les médicaments seront fournis au directeur dès le début de l'accueil de loisirs en quantité suffisante.



- Régime alimentaire :

Oui

Non

Précisez le régime et quelles réponses sont apportées (repas fournis par la famille, autres)

- Protocole d'intervention en cas d'urgence, signé par le médecin traitant (page 4).

Oui

Non

Signataires du projet d'accueil

Le présent projet d'accueil individualisé a été mis en place lors de la rencontre avec la famille et l'équipe de direction de l'accueil de loisirs en date du _____

La famille ou le responsable légal

Le directeur de l'Alsh

Le Vice-président de la CCSA



PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

À faire remplir par le médecin prescripteur et à rapporter au médecin concerné par l'accueil

- Signes d'appel :

- Symptômes visibles :

- Mesures à prendre dans l'attente des secours :

Date

**Signature et cachet du médecin référent
De l'enfant ou de l'adolescent**