



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant concerné

- Nom : _____ Sexe : _____

- Prénom : _____

- Date de naissance : ____ / ____ / ____

- Adresse : _____

Période de validité :

_____ à _____

MOTIF :

Nom de l'opérateur : _____

Accueil de loisirs : _____

TAMPON

Je **soussigné** père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la prise en compte de ses problèmes de santé par la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

Je **certifie** qu'un suivi médical régulier est assuré par le Docteur _____.

Je **m'engage** à informer les signataires en cas de changement du suivi médical et/ou de la prescription.

Je **demande** que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

Référents à contacter (nom et numéro de téléphone)

- Parents ou proches :

Nom : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

- Médecin traitant : _____

- Service spécialisé hospitalier : _____

- Personne ou organisme intervenant dans la prise en charge : _____

- Service d'urgence (SAMU) : **15 ou 112**

Besoins de l'enfant

- Temps pour prise de médicament ou autre soin :

- Surveillance particulière (régime, éviction...) :

Panier repas : OUI – NON

Panier goûter : OUI - NON

- Aménagements à prévoir dans le cadre des transports ou des déplacements en dehors du centre :

Lieu de stockage de la trousse d'urgence ALSH : _____

Il est de la responsabilité des parents de fournir une trousse d'urgence complète et de vérifier la date de péremption des médicaments.
La trousse d'urgence est à emmener lors de chaque déplacement : PAI + médicaments + ordonnance.

Le protocole d'intervention en cas d'urgence, rempli par le médecin traitant, est annexé au projet.

Toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au présent document.

PARTIES PRENANTES	Nom	Qualité	Date	Signature
Parents				
Responsable ALSH				
Représentant Pôle Famille Education / Ville de Tours				
Médecin de la collectivité				
Elu Ville de Tours				

PROTCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE POUR ALSH

A renseigner par le médecin traitant

[document téléchargeable sur www.tours.fr :  > Services & infos pratiques > Education et jeunesse > Accueil de loisirs]

ENFANT CONCERNE :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Poids :

DIAGNOSTIC, PATHOLOGIE :

Signes d'appel	Mesures à prendre

TRAITEMENT HABITUEL (médicament et posologie) :

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE :

Joindre l'ordonnance du traitement ou sa photocopie.

MEDECIN A JOINDRE :

Date :

Cachet :

Signature du médecin traitant :