

Centre de loisirs extrascolaire
Centre de loisirs mercredis périscolaires

NOM du centre :

Protocole d'accueil interne pour enfants atteints de troubles de la santé/allergies

Enfant concerné :

Nom de l'enfant:

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Classe :

Représentants légaux :

Nom du responsable légal 1 :

Prénom :

Père :

Mère :

Autres :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

Tel travail :

Nom du responsable légal 2 :

Prénom :

Père :

Mère :

Autres :

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

Tel travail :

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

Je soussigné,, 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 du protocole de soins d'urgence rempli par le médecin en charge du suivi de mon enfant

Nom du médecin : (Tel :)

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des animateurs en charge de mon enfant dans la structure d'accueil périscolaire municipale : périscolaire matin, soir, TAP, restauration scolaire

J'autorise les animateurs à pratiquer les gestes et à administrer les traitements prévus dans ce protocole de soins.

Je fournis la trousse d'urgence, j'en suis responsable et m'engage à la renouveler en fonction des dates de péremption ou suite à un changement de prescription médicale.

Date :

Signature du représentant légal :

L'organisateur s'engage à mettre en place les conditions de réussite du protocole :

- Respect des consignes médicales
- Respect du secret médical
- Matérialisation et visibilité du stockage de la trousse d'urgence
- Suivi de la trousse d'urgence lors de sorties extérieures
- Relais des informations aux animateurs en charge de l'enfant

Personnes à prévenir :	Noms	N° de téléphone
Urgences avec tel fixe		15
Urgences avec tel portable		112
Père		
Mère		
Médecin qui suit l'enfant		

Date :

Responsable de la structure périscolaire :

Nom :

Prénom :

Signature :

Protocole de soins d'urgence à destination d'un personnel non médical

A remplir par le médecin traitant, spécialiste ou allergologue

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Poids :

Descriptif du trouble de la santé/allergie :

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir

Noter la date, l'heure des signes et les médicaments donnés
Rester à côté de l'enfant et le rassurer

Besoins spécifiques de l'enfant (à détailler selon les besoins)

Restauration scolaire :

Les goûters :

Les activités :

Autres aménagements :

Composition de la trousse d'urgence (déposée au centre)

-
-
-
-
-

L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints obligatoirement en annexe

Date :

Signature et cachet du médecin :