

# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ALSH

Photo enfant

Toutes pathologies

Nom:..... Prénom :.....

Né(e) le :.....

Établissement :.....

Je soussigné,..... représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

## **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE( TELEPHONE)**

- Samu:15ou112(téléphone portable)
- Domicile des parents:
- Père:portable..... travail :.....
- Mère: portable..... travail :.....
- Autre personne:.....  
portable:..... travail :.....
- Médecin traitant (spécialiste,...):.....

## Pour tous les enfants concernés

### ➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Indiquer les endroits où sont déposées les troussees d'urgence :

- Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer la direction de la structure d'accueil en cas de changement de la prescription médicale.

### ➤ **En cas de sorties**

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document

## Besoins spécifiques de l'élève

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

**Signature du PAI et date :**

Directeur ALSH

Elu représentant la  
Collectivité

# Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Ce protocole est destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des **personnels non soignants** en Accueil de Loisir Sans Hébergement

Nom:

Prénom:

Date de naissance :

**Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'ALSH):**

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

**Dès les premiers signes, appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable), pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents**

<b>En cas de</b>	<b>Signes d'appel</b>	<b>Conduite à tenir</b> (nom du médicament, dose, mode de prise et horaire)

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date:

signature et Cachet du Médecin

**Remarques:**