

PROJET INDIVIDUALISE POUR L'ACCUEIL D'UN ENFANT PORTEUR DE HANDICAP

NB : Ce projet doit être adapté à chaque pathologie et chaque cas individuel. Toutes les informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Celles qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées au Directeur ou à l'assistant sanitaire du centre de loisirs.

ORGANISATEUR DU CENTRE DE LOISIRS

Nom : Association Coopération Humanitaire (ACH)

Adresse : 68 bis boulevard Saint-François - 97400 SAINT DENIS

Tél : 02 62 30 27 15 – **GSM** : 0692 85 48 28 / 0692 82 46 21

SÉJOUR

du 15 au 30 juillet 2021 à la Maison du Bonheur (ACH) à Saint-Denis

1. L'ENFANT CONCERNE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

2. PARENTS OU TUTEUR LEGAL

Nom :

Prénom :

Tel :

3. NATURE DU HANDICAP

Description du handicap et de ses symptômes

4. SUIVI MEDICAL

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Lieu d'exercice :

Tel :

Médecin spécialisé :

Nom :

Prénom :

Lieu d'exercice :

Tel :

Autres Personnes ou organismes intervenant dans la prise en charge médicale et pédagogique de l'enfant

Nom :

Tel :

Lieu d'exercice :

Nom :

Tel :

Lieu d'exercice :

5. BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Jours et horaires d'accueil

Personnel supplémentaire

Restauration : régime alimentaire ou repas

Temps de repos

Mobilier adapté (siège, table...) ou accessibilité

Traitement médical (prise de médicament par voie orale, inhalée et auto injectable en application de l'ordonnance précisant la marche à suivre et sur demande écrite des parents)

Autres soins particuliers

6. EN CAS D'URGENCE

Protocole d'intervention en cas d'urgence signé par le médecin traitant et adressé au médecin de la structure d'accueil précisant :

Les signes d'appel

Les mesures à prendre

Les informations à fournir au médecin d'urgence

NB : Les ordonnances et les médicaments spécifiques seront remis au Directeur du centre de loisirs ou à l'assistant sanitaire (les médicaments doivent être rangés dans un lieu sécurisé et accessibles à tout moment)

7. AUTRES AMENAGEMENTS SPECIFIQUES A PREVOIR

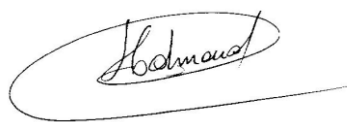
8. SIGNATURES

Date :

Lieu :

Parents

Représentant de l'ACH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Edmond', enclosed within a large, loopy oval flourish.

Justine EDMOND