



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA LOZÈRE

DOCUMENT SANITAIRE

Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

Département de la Lozère

À quoi sert ce document ?

Pour la partie « sanitaire », il répond aux exigences réglementaires.

Pour la partie « besoins », il permet aux équipes de mieux connaître les caractéristiques de votre enfant pour l'accueillir dans les meilleures conditions.

Il n'est en aucun cas diffusé et constitue un élément pour faire vivre un dialogue entre la famille et l'équipe pédagogique.

Le même support, départemental, est proposé à toutes les familles.

Il permet à l'équipe de mettre en place des accueils individualisés et des prises en charge adaptées aux besoins de chaque enfant.

Élaboré pour l'enfant

Coller ici
la photo

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Partie 1 : Renseignements sanitaires

(en référence à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

Le directeur de l'accueil garantit la confidentialité des informations récoltées ci-dessous. Seules les informations sur les allergies et les PAI sont communiquées à l'ensemble de l'équipe pédagogique.

| | |
|---|--|
| Vaccinations | <p>Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination ou des pages de vaccination du carnet de santé ou certificat médical indiquant que les obligations vaccinales sont remplies avec le nom et prénom de l'enfant.</p> <p><i>Si l'enfant n'a pas le vaccin du DT Polio qui est obligatoire, joindre un certificat de contre-indication vaccinale.</i></p> <p><u>Rappel</u> : pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, 11 vaccins sont obligatoires</p> |
| Eléments médicaux <i>(en cas d'éléments susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil de l'enfant, la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé est fortement recommandée)</i> | Nom et coordonnées du médecin traitant : |
| | Si maladies ou allergies sévères (exemple : diabète, asthme, allergies médicamenteuses ou alimentaires, etc.) précisez la cause dans le cas des allergies et la conduite à tenir : |
| | L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé dans le cadre scolaire ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> |
| | Si oui, détailler la conduite à tenir ou le protocole mis en place : |
| | Votre enfant est en situation d'handicap : précisez |
| | Votre enfant bénéficie de l'AEEH : Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> |
| Traitements | <p>L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui <input type="checkbox"/>... Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si oui, l'ordonnance du médecin est obligatoirement jointe aux médicaments fournis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation.</i></p> <p><i>Le nom et prénom de l'enfant doivent être inscrits sur l'emballage. S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites et transmises au responsable de l'accueil (exemple Ventoline, etc.). Son administration est consignée dans un registre si réalisée par un encadrant.</i></p> |

| | |
|--------------------|--|
| Equipements | <p>Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques, etc. ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>... Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les précautions particulières à prendre :</p> |
|--------------------|--|

Partie 2 : Les besoins de l'enfant

Pour chaque besoin listé ci-dessous veuillez indiquer le degré d'autonomie de votre enfant :

1. Totalement autonome
2. Besoin d'aide pour certaines tâches liées à ce besoin (précisez lesquelles)
3. Besoin d'une personne référente pour les tâches liées à ces besoins

Besoins physiologiques

| | Niveau d'autonomie | Vos conseils et recommandations utiles |
|-------------------------------|---|--|
| HABILLAGE | | |
| HYGIENE & PROPRETE | | |
| ALIMENTATION - REPAS | | |
| SOMMEIL | L'enfant fait-il la sieste ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> | |

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins physiologiques de votre enfant ?

Besoins affectifs et sociaux

| | Niveau d'autonomie | Vos conseils et recommandations utiles |
|--|--------------------|--|
| COMMUNICATION <i>(langage, gestes, écriture et lecture pour les plus de 6 ans)</i> | | |
| MOTRICITE <i>(marcher, courir, monter des escaliers, se repérer dans l'espace et le temps)</i> | | |

Pour chaque besoin ci-dessous veuillez simplement cocher la case correspondante :

| | |
|--------------------------|--|
| ACTIVITES ET JEUX | <p>Aime jouer à plusieurs ? Oui <input type="checkbox"/>... Non <input type="checkbox"/></p> <p>Aime jouer seul ? Oui <input type="checkbox"/>... Non <input type="checkbox"/></p> <p>Est capable de choisir une activité parmi plusieurs ? Oui <input type="checkbox"/>... Non <input type="checkbox"/></p> |
|--------------------------|--|

| | | |
|----------------------------|--|-------------------------------|
| RELATION AUX AUTRES | A-t-il des frères et sœurs ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> A-t-il déjà fréquenté des accueils collectifs ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> A-t-il déjà passé plusieurs jours ailleurs que chez lui (camp, colonie de vacances, etc) ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> Pratique-t-il une activité en club / association ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> S'adapte-t-il facilement à la vie collective ? Oui <input type="checkbox"/> ... Non <input type="checkbox"/> | |
| BIEN-ÊTRE | Ce qui inquiète votre enfant : | Ce qui rassure votre enfant : |

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins affectifs et sociaux de votre enfant ?

Centres d'intérêt



Ce qu'il aime



Ce qu'il n'aime pas

Partie 3 : Engagement de l'autorité parentale

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à procéder aux modifications nécessaires en cas de changement de situation de mon enfant.

Fait à :

Le :

Signature :

CRÉDITS : 100 % VERS UN ACCUEIL POUR TOUS
ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES FRANCAS DES VOSGES – CITÉ'CAP