	2025

Document Sanitaire

Accueil Collectif de Mineurs (ACM)
Séjours

Foyer Rural Les P'tits Cailloux

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

Ainsi, il est favorable de remplir ce document avec votre enfant

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

Vaccinations	Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination/ de santé *Rappel : pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, 11 vaccins sontobligatoires*
Eléments médicaux (*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'AccueilIndividualisé est fortement recommandée)*	Nom et coordonnées du.de la médecin traitant.e :
	Maladies ou allergies (exemple : diabète, asthme, allergies médicamenteuses ou alimentaires, etc.) précisez la **cause** dans le cas des allergies et la **conduite** à tenir :
	Difficultés de santé et les précautions à prendre (ex : fragilité particulière, fracture récente, problèmes digestifs, etc.)
	L'enfant bénéficie-t-il **d'un projet d'accueil individualisé** (P.A.I.) dans le cadre scolaire ? Oui ☐... Non ☐ Si oui, veuillez fournir le PAI ; ainsi que la conduite à tenir ou le protocole mis en place.

	Votre enfant est en situation d'handicap ? : Votre enfant bénéficie de l'AEEH : Oui ☐... Non ☐
	L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier ? Oui ☐... Non ☐ ***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.*** ***Le nom et prénom de l'enfant doivent être inscrits sur l'emballage.*** *S'ils'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.e encadrant.e.* Nous ne pouvons donner de médicaments que s'ils sont fourni avec une ordonnance. Si votre enfant a l'habitude d'en prendre certains (Doliprane pour migraine, Spasfon pour règles douloureuses, etc.), merci de nous fournir l'ordonnance.
Menstruation	Votre enfant a-t-il.elle ses règles ? Oui ☐... Non ☐
Equipements	Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives oudentaires, des chaussures orthopédiques, etc. ? Oui ☐... Non ☐ Si oui, précisez les précautions particulières à prendre :

Partie 2 : 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)

Besoin d'une personne référente pour les tâches liées à ces besoins

Besoins physiologiques

	Niveau d'autonomie	Vos conseils et recommandations utiles
Hygiène et propreté		
Alimentation – Repas		
Sommeil		
Baignade		

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins physiologiques de votre enfant (ex : pipi au lit, veilleuse, aliments pas aimés, régime alimentaire particulier, etc.) ?

Besoins affectifs et sociaux

Relation aux autres	A-t-il.elle des frères et sœurs ? Oui ☐... Non ☐ A-t-il.elle déjà fréquenté des accueils collectifs ? Oui ☐... Non ☐ A-t-il.elle déjà passé plusieurs jours ailleurs que chez lui (camp, colonie de vacances, etc) ? Oui ☐... Non ☐ Pratique-t-il une activité en club / association ? Oui ☐... Non ☐ Si oui, précisez : S'adapte-t-il.elle facilement à la vie collective ? Oui ☐... Non ☐ Est-il.elle scolarisé.e ? Si oui, quelle classe : Comment se sent-il.elle (épanoui.e, souffre/ a souffert d'harcèlement, etc.) ?

Bien être	Ce qui l'inquiète :	Ce qui le rassure :
	Ce qui l'appréhende sur le séjour :	Y aura-t-il des ami.e.s/de la famille à lui.elle sur le séjour :

Avez-vous d'autres informations à transmettre ?

Centres d'intérêts

Ce qu'il.elle aime : Ce qu'il.elle a envie de faire pendant le séjour :	Ce qu'il.elle n'aime pas

Partie 3 : Engagement de l'autorité parentale

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

Fait à :

Le :

Signature :