

DOCUMENT SANITAIRE ET D'ACCUEIL

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS (ACM)

Année 20 /20

Mise à jour le :

Mise à jour le :

Mise à jour le :

A quoi sert ce document ?

- La partie sanitaire répond aux exigences réglementaires.
- La partie besoins 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

NOM :

Prénom de naissance :

Prénom utilisé :

Date de naissance :

Genre :

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Art. R227-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs
Art. L3111-2 du Code de la santé publique

Vaccinations	Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination ou un document attestant des obligations vaccinales, au nom et prénom de l'enfant
Éléments médicaux	<p>Nom et coordonnées du médecin traitant :</p> <div data-bbox="336 533 1517 618" style="border: 1px solid black; height: 38px;"></div> <p>Si maladies ou allergies sévères (ex : diabète, asthme, allergies médicamenteuses ou alimentaires ...), préciser la cause dans le cas des allergies et la conduite à tenir :</p> <div data-bbox="336 763 1517 920" style="border: 1px solid black; height: 70px;"></div> <p>Si antécédents médicaux à signaler, préciser ici lesquels et quelle conduite à tenir :</p> <div data-bbox="336 1025 1517 1111" style="border: 1px solid black; height: 38px;"></div> <p>Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours de diagnostic <input type="checkbox"/></p> <p>Votre enfant est-il allocataire AEEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si oui, fournir la notification MDPH-MDA et préciser ses besoins (page suivante)</i></p> <p>Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé dans le cadre scolaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si oui, préciser la nature du PAI et fournir une copie.</i></p> <div data-bbox="336 1473 1517 1518" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Traitements	<p>Votre enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si oui, joindre l'ordonnance du médecin aux médicaments, fournis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et prénom de l'enfant doivent être inscrits sur l'emballage.</i></p> <p><i>S'il s'agit d'un traitement à 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 (ex : Ventoline ...).</i></p>
Équipements	<p>Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques, etc ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si oui, préciser les précautions particulières à prendre :</i></p> <div data-bbox="336 2022 1517 2085" style="border: 1px solid black; height: 28px;"></div>

PARTIE 2 : LES BESOINS DE L'ENFANT

Besoins physiologiques

Propreté	Acquis <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Votre enfant accepte-t-il d'aller dans des toilettes collectifs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant est-il autonome aux toilettes ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant est-il sujet à de l'énurésie <input type="checkbox"/> l'encoprésie <input type="checkbox"/>
Sommeil	Votre enfant fait-il la sieste ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, temps de sieste habituel : <input type="text"/> Votre enfant a-t-il besoin d'un doudou <input type="checkbox"/> d'une sucette <input type="checkbox"/> autre chose : <input type="text"/> Votre enfant s'endort-il facilement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant est-il déjà allé dormir hors du domicile familial ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Besoins affectifs et sociaux

Communication	Langage verbal <input type="checkbox"/> non verbal <input type="checkbox"/> Votre enfant a-t-il besoin de pictogrammes ou d'un autre support pour communiquer ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : <input type="text"/>
Bien être	Ce qui rassure votre enfant : <input type="text"/> Ce qui inquiète votre enfant : <input type="text"/> Votre enfant a-t-il besoin d'un objet pour l'aider à réguler ses émotions ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel : <input type="text"/>
Relation avec les autres	Votre enfant s'adapte-t-il facilement à la vie collective ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, quelles sont les difficultés rencontrées : <input type="text"/> Votre enfant a-t-il déjà fréquenté des accueils collectifs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant aime-t-il rester seul ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Votre enfant a-t-il des difficultés à jouer avec ses camarades ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



Centre d'intérêts



Ce qu'il aime :	Ce qu'il n'aime pas :
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Votre enfant pratique-t-il une activité régulière ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : <input type="text"/>	

Repas et habitudes alimentaires

Régime alimentaire : Standard Autre :

Votre enfant mange-t-il tout seul ? Oui Non

Votre enfant a besoin d'aide pour :

Votre enfant goûte-t-il de tout ? Oui Non

Si non, particularités alimentaires :

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

PARTIE 3 : ENGAGEMENT PARENTAL

Responsable légal 1	Responsable légal 2	
NOM – Prénom : <input type="text"/>	NOM – Prénom : <input type="text"/>	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>	
Mail : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>	
Personnes autorisées à venir chercher votre enfant :		
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>

**Si la situation le nécessite, merci de fournir une copie
du jugement de divorce ou de séparation**

Je soussigné(e) responsable légal 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