

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	Nom et coordonnées du médecin traitant : 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 : Si antécédents médicaux à signaler, préciser ici lesquels et quelle conduite à tenir : Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui ☐ Non ☐ En cours de diagnostic ☐ Votre enfant est-il allocataire AEEH ? Oui ☐ Non ☐ <i>Si oui, fournir la notification MDPH-MDA et préciser ses besoins (page suivante)</i> Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé dans le cadre scolaire ? Oui ☐ Non ☐ <i>Si oui, préciser la nature du PAI et fournir une copie.</i>
Traitements	Votre enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? Oui ☐ Non ☐ <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> <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>
Équipements	Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques, etc ? Oui ☐ Non ☐ <i>Si oui, préciser les précautions particulières à prendre :</i>

PARTIE 2 : LES BESOINS DE L'ENFANT

Besoins physiologiques

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

Besoins affectifs et sociaux

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



Centre d'intérêts



Ce qu'il aime :

Votre enfant pratique-t-il une activité régulière ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser :

Ce qu'il n'aime pas :

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 :	NOM – Prénom :	
Père ☐ Mère ☐ Autre :	Père ☐ Mère ☐ Autre :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Mail :	Mail :	
Personnes autorisées à venir chercher votre enfant :		
Nom	Prénom	Téléphone
Nom	Prénom	Téléphone
Nom	Prénom	Téléphone

**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