



1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- **Le jeune :**

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Membre du Groupe :

Présente un problème de santé au long cours :
(mentionner ou non la maladie)

Ce document fixe les modalités d'accueil et d'intervention en cas de problème lié à sa maladie.

- **Sont informés :** *(nom et coordonnées téléphoniques)*

- Le responsable de groupe :
- Le directeur de camp :
- L'assistant sanitaire :

Si possible, coordonnées téléphoniques d'un chef qui accepte d'être contacté par le médecin traitant de l'enfant (en cas de demande de renseignements concernant le scoutisme et les activités en camp) :

- **Personnes à prévenir :** *(nom et coordonnées téléphoniques)*

- Les parents ou tuteurs

Nom

Tel domicile

Portable 1

Portable 2

- Sur le lieu du camp :

Médecin généraliste :

SAMU: 15 ou 112 par portable

Pompiers : 18

- **Référents médicaux :** *(nom et coordonnées téléphoniques)*

Le médecin traitant de l'enfant :

Et/ou le service hospitalier ou le spécialiste référent:

2. EXISTE-T-IL DES AMENAGEMENTS SPECIFIQUES ?

Aménagements du rythme de vie et des activités :

- Contre-indication à une activité précise ?

- Précautions particulières ?

- Précautions relatives au sommeil ? Temps de repos nécessaire en journée ?

Lors des activités en autonomie et des déplacements

- **Ne pas oublier la trousse d'urgence. ++++**
- **Mentionner si le jeune doit avoir avec lui en permanence le traitement d'urgence :**
(ex : Ventoline en cas de crise d'asthme)
Oui Non Préciser :
- **Est-il capable de le gérer seul ?**
Oui Non

- Précautions particulières :

Adaptation des repas :

- Horaire fixe ?
- Collation ?
- Nécessité d'un régime alimentaire ?
 - Allergique : si oui,
 - o Préciser et joindre la liste détaillée des aliments à exclure.

 - o Veiller à ce que l'enfant ait un menu adapté (si possible, penser à faire des menus identiques pour tous afin que le jeune se sente intégré)
 - o Bien nettoyer l'endroit où le jeune mange
 - o Surveiller qu'il ne touche pas au gouter ni aux repas des voisins
 - Maladie cœliaque (régime sans gluten strict)
 - Autre, précisions particulières :

Autres : (précisions, commentaires)

L'assistant sanitaire doit-il **acquérir certaines compétences** ? (ex : réaliser des contrôle de glycémie, faire une injection en urgence,...) Si oui lesquelles ? Idéalement, il est conseillé de consacrer un moment avec lui afin de lui expliquer et de lui **montrer** les gestes.

3. TRAITEMENT MEDICAL (joindre une ordonnance)

L'existence d'une ordonnance et d'un protocole d'urgence permet aux chefs de donner le traitement et d'effectuer les gestes en cas d'urgence (injection,...)

Traitement quotidien :

Nom du médicament*	Doses	Mode de prise	Horaires	Seul ou avec l'aide d'un adulte ? **

*Veiller à mettre le même nom que celui figurant sur la boîte, ou deux noms en cas de médicament générique

**Si l'enfant est autonome, il doit informer le chef de la bonne prise de son traitement. Chaque prise doit néanmoins être systématiquement notée dans le cahier d'infirmierie.

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Le traitement doit-il être conservé au réfrigérateur ? | Oui | Non |
| - L'intervention d'un infirmier est-elle nécessaire pour les soins quotidiens ? | Oui | Non |

Protocole en cas d'urgence :

Signes d'appel	Conduite à tenir
Signes de gravité	1) Appeler SAMU 15 (Informations à donner au service d'urgence : « Enfant présentant.... » « Déjà traité par... ») 2) Mesures à prendre dans l'attente des secours : 3) Informer les parents

Les parents fournissent une **trousse d'urgence**, au nom de l'enfant. Son lieu de rangement doit être connu de toutes les personnes signataires du PAI. Elle doit être accessible à tout moment. Toute nouvelle personne responsable est prioritairement informée. La trousse d'urgence **doit suivre l'enfant en permanence**. Elle doit contenir :

- Les médicaments nécessaires aux premiers soins à dispenser en cas d'urgence. (vérifier les dates de péremption)
- Une ordonnance détaillée du médecin comprenant à minima le nom du médicament et sa posologie précise.
- Un double du PAI (protocole d'urgence et numéros de téléphone)

Toujours avoir à disposition une ligne téléphonique pour prévenir les secours.

4. TRANSMISSION DES INFORMATIONS ENTRE PARENTS ET RESPONSABLES

Tout problème survenu lors d'une activité est à signaler impérativement aux parents.

Les parents informeront les responsables de toute modification des manifestations cliniques et/ou de traitement en joignant une nouvelle ordonnance du médecin traitant.

5. SIGNATAIRES DU PROJET

Je soussigné..... , père, mère, représentant légal de..... demande pour mon enfant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

La rédaction et la signature de ce PAI autorisent les chefs à pratiquer les gestes d'urgence décrits et à administrer les traitements prévus dans ce document.

Ce document est confidentiel. Il peut être porté à la connaissance de l'ensemble des personnes qui accompagnent mon enfant en camp. Les personnes informées sont soumises à une obligation de discrétion.

Fait le _____ à _____

Les parents ou représentant légal

L'assistant sanitaire

L'enfant ou l'adolescent

Le directeur de camp

Le médecin traitant