



# CLUB MULTISPORTS 2017/2018

## PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Convention entre la famille du pratiquant et LS Port aux Cerises pour l'accueil pendant l'année scolaire d'un pratiquant atteint d'une maladie évoluant sur une longue période.  
*Circulaire N°2003-135 du 08/09/2003*

### PARTICIPANT

NOM : Prénom :  
Date de naissance : Âge en septembre 2015 :  
Adresse :

### RESPONSABLE LÉGAL

	Téléphone mobile	Téléphone fixe	Téléphone pro	Email
Nom du père :				
Nom de la mère :				
Nom du tuteur :				

### RÉFÉRENTS À CONTACTER

	NOM	Téléphone	Email
SAMU		15 ou 112 par portable	
Le médecin traitant			
Le médecin spécialiste			
Service hospitalier			
Le médecin PMI			
L'infirmière PMI			

### TRAITEMENT MÉDICAL À PRENDRE AU CLUB MULTISPORTS

Pendant les temps de pratique &/ou les temps calmes, selon la prescription du médecin qui suit l'enfant dans le cadre de sa pathologie. **Agrafer l'ordonnance au dossier.**

Nom du (des) médicament(s) à administrer à l'enfant de manière régulière, dose, mode de prise et horaires :

## PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Signes d'appel & symptômes visibles	Conduite à tenir

DANS TOUS LES CAS:

- ↳ laisser un adulte auprès de l'enfant pour le surveiller et le rassurer
- ↳ prévenir le 15 (ou 112 avec un mobile)
- ↳ prévenir les parents au : *n° de téléphone*

Fait à :

Le : Cliquez ici pour entrer une date.

Cachet & signature du médecin traitant :

## AUTORISATION & ACCORD DES PARENTS

Je soussigné(e), *responsable légal* :

autorise les membres de l'équipe éducative de LS Port aux Cerises à mettre en œuvre le PAI tel qu'il a été défini ci-dessus à l'intention de mon fils ou de ma fille :

*nom & prénom du mineur* :

**DURÉE DE VALIDITÉ** : maximum 1 an ou l'année scolaire, renouvelable.

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Réserves éventuelles :

**Signature du responsable légal** :

**Signature du responsable du Club Multisports** :