



Association MEJ (Agréée Education Populaire)

29 rue Michel-Ange - 75016 PARIS

Tél. : 01 40 71 70 00 / camps@mej.fr

Votre enfant veut partir en camp avec le MEJ cet été et il a besoin d'un suivi médicamenteux voire d'une surveillance particulière.

Merci de compléter - et de faire compléter par le médecin qui suit votre enfant - le Projet d'Accueil Individualisé ci-après et de nous le retourner. Il permettra au directeur du camp de suivre les directives indiquées par votre médecin et de gagner un temps précieux en cas de problème.

Le Pôle Camps

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PRESENTANT DES BESOINS DE SANTE SPECIFIQUES

Pour les camps organisés par le MEJ - 29 rue Michel-Ange- 75016 PARIS

CAMP MEJ N° :

Lieu :

Date :

1 - JEUNE CONCERNE :

Nom :

Prénom :

Garçon :

Fille :

Né(e) le : A :

2 - REFERENTS DU JEUNE A CONTACTER :

• **Mère**

Nom et prénom :

Tél. domicile :

Tél. mobile :

• **Père**

Nom et prénom :

Tél. domicile :

Tél. mobile :

• **Tuteur**

Nom et prénom :

Tél. domicile :

Tél. mobile :

4 - AMENAGEMENTS SPECIFIQUES :

Décrire les besoins spécifiques dans le domaine de la vie en collectivité : rythme de vie, aménagement des locaux, le besoin d'un régime alimentaire spécifique, la pratique sportive, et toute description propre à votre enfant ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - PROTOCOLE D'URGENCE,

document en annexe rédigé par le médecin si nécessaire (cf page suivante)

OUI :

NON :

Date :/...../.....

Signataires du projet :

Parents ou représentant légal :

Le jeune :

L'organisateur du séjour :

Le médecin :

PROTCOLE INDIVIDUEL D'URGENCE

1 - Jeune concerné :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

2 - Signes d'appel, symptômes visibles :

.....

.....

.....

.....

.....

3 - Mesures à prendre :

.....

.....

.....

.....

.....

4 - Localisation de la trousse d'urgence :

.....

En cas d'appel du SAMU 15 ou 112, aviser le médecin régulateur de l'existence du P.A.I.

Cachet et signature du médecin prescripteur :