



P.A.P.

(PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISÉ)

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Caisse des Écoles de La Seyne-sur-Mer

RENCONTRE RÉALISÉE LE	
STRUCTURE SOUHAITÉE	

1 - IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
AGE	

RECONNAISSANCE DE LA MDPH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
BÉNÉFICIAIRE DE L'AEH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

2 - IDENTIFICATION DU OU DES PARENTS

AUTORITÉ PARENTALE	Conjointe <input type="checkbox"/>	Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

	PARENT 1	PARENT 2
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
TÉLÉPHONE		
E-MAIL		

3 - DIAGNOSTIC / PRÉSENTATION DE LA PATHOLOGIE

DESCRIPTION DU TROUBLE DE LA SANTÉ	
DIAGNOSTIC ÉTABLI PAR	

4 - SCOLARITÉ DE L'ENFANT

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ	
CLASSE / UNITÉ / GROUPE	
PRISE EN CHARGE PAR UN(E) AESH	
TEMPS MÉRIDIEEN	
TEMPS PÉRISCOLAIRE	

5 - PRISE EN CHARGE MÉDICALE / HOSPITALIÈRE

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT	
MÉDECIN QUI SUIV L'ENFANT DANS SA PATHOLOGIE	
SERVICE HOSPITALIER QUI SUIV L'ENFANT	

6 - TRAITEMENT MÉDICAL / P.A.I. / ATTESTATION

Si prise de médicament(s) durant la présence de l'enfant, fournir :

- ✓ P.A.I. de l'année scolaire en cours
- ✓ ou attestation médicale et ordonnance datant de moins de 1 an

NOM(S) DU(DES) MÉDICAMENT(S)	
PRÉSENTATION	
DOSES, MODE DE PRISE ET HORAIRES	
AUTRES RECOMMANDATIONS / MODALITÉS	

8 - PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE / PARAMÉDICALE / AUTRES

QUALIFICATIONS / FONCTIONS	NOM DU PROFESSIONNEL	FRÉQUENCE DE LA PRISE EN CHARGE

9 - DESCRIPTION DE L'AUTONOMIE DE L'ENFANT

AUTONOMIE : A : fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement seul ou non habituellement ou non correctement, avec guidance partielle

C : ne fait pas, besoin de guidance totale

		DEGRÉ D'AUTONOMIE	AIDES ET ADAPTATIONS A APPORTER / PROPOSER
1	ORIENTATION		
	Repère dans le temps, les moments de la journée Besoin de pictogrammes, d'emploi du temps visuel, outils		
	Repère les lieux, l'espace Besoin de pictogramme, outils		
	Conscience du danger sur le centre		
	Conscience du danger en sortie		
2	TOILETTE		
Hygiène corporelle, main, visage, coiffage, s'essuyer le nez			
3	DÉSHABILLAGE / HABILLAGE		
	Du haut		
	Du bas		
	Laçage, boutonnage, fermeture éclair		
	Chaussettes, chaussures		
	Choix et préparation des vêtements		
Tenue des vêtements (change, lavage)			
4	ALIMENTATION		
	Se servir		
	Utiliser une cuillère, une fourchette, porter les aliments à sa bouche		
	Couper avec un couteau		
	ôter les arêtes, ouvrir un yaourt, peler un fruit		
	Boire, tenir un verre		
	Sélectivité des aliments		
	Reste assis tout le long du repas		
	Besoin d'être proche de l'adulte		
Besoin d'être à une table seul			
5	PROPRETÉ ET CONTINENCE		
Énurésie : diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/>			

	Encoprésie : diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/>		
	S'essuyer après les selles		
	Aller aux toilettes avec incitation		
	Être capable de demander à aller aux toilettes		
6	TRANSFERTS Se lever <input type="checkbox"/> se coucher <input type="checkbox"/> s'asseoir <input type="checkbox"/>		
7	DÉPLACEMENTS <u>À l'intérieur</u> : utiliser une canne <input type="checkbox"/> un déambulateur <input type="checkbox"/> un fauteuil roulant <input type="checkbox"/> monter <input type="checkbox"/> descendre avec une rampe <input type="checkbox"/> <u>À l'extérieur</u> : utiliser une canne <input type="checkbox"/> un déambulateur <input type="checkbox"/> un fauteuil roulant <input type="checkbox"/> marcher <input type="checkbox"/> courir <input type="checkbox"/> se relever après une chute <input type="checkbox"/>		
8	SIESTE/TEMPS DE REPOS Fait la sieste dans un lit Fait un temps de repos allongé Besoin d'un temps calme en activité libres Besoin d'un doudou / tétine / coussin		
9	GESTION Gérer ses propres affaires : reconnaît son sac, son manteau, ses chaussures, sa casquette		
10	ACTIVITÉS MANUELLES Écriture, dessin, tenu du stylo, pinceau, outils Lecture, repérage des lettres, mots, images Accepte de manipuler les matières avec les mains		
11	ACTIVITÉ AQUATIQUE ET JEUX D'EAUX		

PARTICULARITÉ DE L'ENFANT OU DU JEUNE

Capacité de concentration, accès au jeu et à l'imagination (jeu calme, jeu sportif) :

Fatigabilité particulière du jeune, intolérance au groupe, peurs, freins :

Rapport au cadre, à l'autre, à l'autorité, à la frustration :

Capacités d'adaptation aux situations nouvelles, tolérance aux changements et imprévues :

Participation aux activités :

PERSONNALITÉ, CENTRES D'INTÉRÊTS DE L'ENFANT OU DU JEUNE

10 - BESOINS DE L'ENFANT

Relation et communication avec les autres enfants (expressive et réceptive) :

Relation et communication avec les adultes (expressive et réceptive) :

Rituels/habitudes de l'enfant à respecter :

Apaisement/ Gestion des émotions :

Particularités sensorielles / sensori-motrices :

Adaptation des locaux et du matériel :

1) Matériel

.....	EXISTANT	<input type="checkbox"/>	A PRÉVOIR	<input type="checkbox"/>
.....	EXISTANT	<input type="checkbox"/>	A PRÉVOIR	<input type="checkbox"/>
.....	EXISTANT	<input type="checkbox"/>	A PRÉVOIR	<input type="checkbox"/>

2) Dispositions particulières

Personnel :

Besoin d'un animateur renfort sur les groupes pour accompagner / aider / guider l'enfant

OUI NON

Type d'accompagnement le plus adapté à l'enfant :

11 - ATTENTE DE L'ENFANT / DU JEUNE PAR RAPPORT à L'ACCUEIL DE LOISIRS

12 - ATTENTE DE LA FAMILLE PAR RAPPORT A L' ACCUEIL DE LOISIRS

13 - PROJET ET CONDITIONS D'ACCUEIL

CONTENU DU PROJET ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ACCUEIL

TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT / EMPLOI DU TEMPS PERSONNALISÉ SOUHAITÉ

Mercredis : OUI NON
Vacances scolaires : OUI NON

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
APRÈS MIDI					

▲ le temps d'accueil ne doit pas dépasser 10 heures par jour pour les mercredis et 9 heures par jour pour les vacances.

POINTS DE VIGILANCE REPÉRÉS LORS DE L'ENTRETIEN

-

-

-

14 - SIGNATAIRES DU PROJET

Les Responsables Légaux

Le Responsable de la CDE
ou le Coordinateur Santé Handicap

Le Responsable de L'ACM

15 - AUTORISATION DE TRAITEMENT DES INFORMATIONS

La ville de la Seyne-sur-Mer, réputée responsable de traitement, collecte vos données personnelles ainsi que celles de votre enfant, dans un fichier informatisé, pour assurer son accueil et sa sécurité sanitaire lors de son séjour en centre de loisirs. La base légale de ce traitement est la mission d'intérêt public.

Vos données sont conservées dans des conditions aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité, de manière à empêcher leur corruption, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

Elles sont conservées en base active le temps de la prise en charge de votre enfant, puis 5 ans en base intermédiaire.

Elles sont susceptibles d'être transférées à la CAF, ainsi qu'aux partenaires médicaux, paramédicaux et scolaires intervenant dans la vie de votre enfant. Pour cela, nous recueillons votre consentement explicite.

Refuser ce transfert d'informations à des tiers n'affectera en rien la prise en charge de votre enfant. Sachez également que vous pouvez retirer ce consentement à tout moment en écrivant à cette adresse : dpo@la-seyne.fr

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données (DPO), à cette adresse : dpo@la-seyne.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

J'autorise la Caisse des écoles à collecter mes données personnelles.

J'autorise la Caisse des écoles à partager les données de santé de mon enfant avec des professionnels médicaux, paramédicaux et scolaires intervenant dans son quotidien.

Nom, prénom :

Signature :