

VOYAGE SCOLAIRE / SCHOOL TRIP

Projet d'Accueil Individualisé / Health care plan

NOM / NAME:

Prénom / First name:

Adresse de la famille de l'enfant / Parents' address:

.....
.....

 :

Professeur responsable / Teacher in charge:

Adresse pendant le voyage / Address during the trip:

.....
.....

 :

Famille d'accueil / Host family:

.....
.....

 :

TRAITEMENT (ordonnances à fournir) / TREATMENT (join prescriptions)

➤ **Aérosols / Nebulisers :**

Kit :

.....

.....

Produit et mode de conservation / *Product and conservation* :

.....

.....

Conditions :

Nombre de séances / *Number of sessions* :

Heure / *time of day* :

Durée / *length of sessions* :

➤ **Kinésithérapie / Physiotherapy :**

En autonomie / *Done by himself*

Assurée par un kinésithérapeute / *Done by a physiotherapist*

NOM / *NAME* :

Adresse / *address* :

 :

Assurée par une tierce personne / *done by a helper*

NOM / *NAME* :

➤ **Enzymes et traitement de la digestion / Enzymes and digestive treatment :**

.....

.....

.....

.....

➤ **Compléments alimentaires et vitamines / Dietary supplements and vitamins :**

.....

.....

.....

.....

➤ **Antibiotiques / Antibiotics :**

.....

.....

ATTENTES VIS A VIS DE LA FAMILLE D'ACCUEIL / HELP NEEDED FROM HOST FAMILY

➤ Surveillance du traitement / *Monitoring medical needs :*

.....
.....
.....

➤ Repas / *Meals :*

.....
.....
.....
.....
.....

➤ Hygiène / *Hygiene :*

.....
.....
.....
.....

➤ Transport des bagages / *Transport of luggage :*

.....
.....
.....

➤ Transport de la maison au lieu de rendez-vous / *Transport from house to the meeting place :*

.....
.....

➤ Centre de soins spécialisé / *Specialist CF center :*

.....
.....
.....

Date :

Signatures :