

RAPPORT de VISITE d'un ACCUEIL COLLECTIF de MINEURS

Visite effectuée le :

Par :

Prévue

Inopinée

ORGANISATEUR	
Nom	
Code organisateur	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	

LOCAL	
Nom	
N° du local	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	

Fiche complémentaire/unique :

Date de l'accueil :

PUBLIC ACCUEILLI

	Effectif déclaré	Effectif de mineurs présent le jour de la visite	Dont mineurs en situation de handicap
- 6 ans			
6 à 13 ans			
13 à 18 ans			
TOTAL			
Mineurs handicapés			

Commentaires :

ÉQUIPE D'ENCADREMENT

DIRECTION	Nom	Prénom	Stagiaire	Commentaires
Directeur			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Directeur-adjoint			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ANIMATEURS	Effectif	Commentaires
Diplômés (minimum 50%)		
Stagiaires		
Non qualifiés (maximum 20%)		
Assistant sanitaire désigné <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

DOCUMENTS

Les diplômes ont-ils été présentés ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT
L'encadrement et les effectifs présents sont-ils conformes à la fiche complémentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le taux d'encadrement est-il respecté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le taux de qualification est-il respecté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ÉDUCATEURS SPORTIFS RÉMUNÉRÉS

Nom - Prénom	Qualification	N° de carte professionnelle	Affichage ou présentation de la carte professionnelle en cours de validité

ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE DANS LA FORMATION DES STAGIAIRES

--

FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

DOCUMENTS

Récépissé de déclaration	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Attestation responsabilité civile	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Registre de présence des enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Registre du personnel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Connaissance de la marche à suivre en cas d'événement grave	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT
Affichage des menus	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

LES LOCAUX

Type de local (établissement scolaire, salle polyvalente, équipement sportif... autres à préciser)	
Présentation du rapport de la commission de sécurité en cours de validité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Affichage obligatoire (N° d'urgence, plan d'évacuation....) effectif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Exercices d'alerte et d'évacuation effectués (si oui, préciser la date)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date __/__/__
Couloirs et Issues de secours dégagées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Extincteurs revus depuis moins de 1 an (si non, préciser la date)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date __/__/__
Couchages individuels	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Locaux sécurisés en cas de conditions climatiques exceptionnelles (séjours)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
État général du local, entretien	

Commentaires :

SANTÉ / SÉCURITÉ

Local permettant l'isolement de malade	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médicaments conservés sous clé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Registre d'infirmerie à jour	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fiches sanitaires des enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Trousse de premiers secours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Moyen de communication pour joindre les secours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Respect du rythme journalier de repos des enfants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Certificats de vaccinations de l'équipe d'encadrement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Procédures mises en place pour l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé ou de handicaps (si oui, les détailler ci-dessous)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vérification de la température du réfrigérateur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

PROJET ÉDUCATIF

Rédigé par :	Date :
Connu du directeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Connu de l'équipe d'encadrement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Actualisé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
S'inscrit dans un projet éducatif territorial PEDT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Plan Mercredi	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Communique aux parents	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Observations

--

PROJET PÉDAGOGIQUE

Rédigé par :	Date :
Modalités d'évaluation de l'accueil - Communication aux parents - Modalités de préparation - Réunion régulière de l'équipe d'encadrement - Concertation/participation des enfants - Mise en œuvre d'activités physiques ou sportives, manuelles, grands jeux... - Accompagnement des animateurs...	

--

SYNTHÈSE ET SUITE À DONNER

MANQUEMENTS RÉGLEMENTAIRES ÉLÉMENTS REPRÉSENTANT UN RISQUE POUR LA SÉCURITÉ DES MINEURS

<input type="checkbox"/> Documents à présenter (*)	
<input type="checkbox"/> Contrôle à renouveler	
<input type="checkbox"/> Injonction	
<input type="checkbox"/> Autre mesure administrative	

(*) à envoyer, dans un délai de 1 mois à compter de la date de réception de ce rapport par courrier postal à la DDCS ou par mail à :
sophie.ratieuville@seine-et-marne.gouv.fr

PRÉCONISATIONS / REMARQUES GÉNÉRALES

SIGNATURE(S) :

DESTINATAIRES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (Directeur de l'accueil | <input type="checkbox"/> (CAF |
| <input type="checkbox"/> (Organisateur de l'accueil | <input type="checkbox"/> (DDPP |
| <input type="checkbox"/> (DDCS du département d'origine | <input type="checkbox"/> (Conseil départemental/PMI |