

# **Annexes**

## **au règlement de fonctionnement des établissements d'accueil de jeunes enfants de la commune de Saint-Laurent-du-Var**



Annexe 1

**Protocole d'accueil de l'enfant allaité en établissement d'accueil**

Votre enfant..... va être accueilli dans l'établissement d'accueil du jeune enfant..... de la commune de Saint-Laurent-du-Var.

Afin de vous permettre de poursuivre son allaitement, nous vous proposons le contrat suivant :

- vous vous engagez à fournir le lait maternel selon les modalités définies dans le formulaire « Amener son lait maternel à la crèche ».

**Tout biberon apporté ne satisfaisant pas à ces conditions sera refusé.**

- nous nous engageons à ne donner en priorité à votre enfant que le lait fourni, prêt à l'emploi, et à en assurer sa conservation. Toutefois, en cas de quantité insuffisante de lait maternel, il vous sera demandé d'apporter une boîte de lait maternisé de votre choix, non entamée avec date de limite de consommation en cours de validité, ceci pour compléter la quantité manquante.

Je soussigné(e) Mr/ Mme ..... responsable légal(e) de l'enfant .....

- atteste avoir lu le document « Amener son lait maternel à la crèche », et déclare en accepter l'ensemble des conditions,
- demande et autorise le personnel de l'EAJE à donner à mon enfant le lait maternel que j'ai apporté (ou le lait maternisé en cas de besoin) dans les conditions telles que définies dans ce présent contrat.

Fait à ....., le .....

Signature du responsable légal,  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature de la directrice de  
l'établissement d'accueil du jeune  
enfant.

NB : les établissements d'accueil du jeune enfant étant soumis à une réglementation particulière en matière de restauration collective, ce contrat ne concerne que le lait maternel.

## Annexe 1

### **Amener son lait maternel à la crèche**

Pour que le lait maternel conserve ses nutriments, bien qu'il soit recueilli, conservé puis transporté, et pour qu'il puisse être donné à l'enfant en l'absence de sa mère, il existe un protocole de règles d'hygiène à respecter.

Le responsable d'établissement se voit le droit de refuser les biberons de lait maternel s'il juge un ou plusieurs points non-conformes à la bonne réception des biberons.

### **Procédure d'hygiène pour le recueil du lait maternel**

- \* Lavez-vous soigneusement les mains.
- \* Nettoyez vos seins à l'eau savonneuse. Rincez, séchez à l'aide d'un papier à usage unique. Outre ces étapes, une douche quotidienne est recommandée.
- \* Installez-vous dans un endroit propre.
- \* Recueillir le lait dans un biberon propre (pas besoin de stérilisation si lavage au lave-vaisselle ou à l'eau chaude savonneuse). Si le volume du lait est recueilli en plusieurs fois, le stocker dans plusieurs biberons, pour ne pas mélanger les laits entre eux.
- \* Remplir le biberon selon la quantité consommée par l'enfant. Fermez-le avec un bouchon obturateur ou la tétine encapuchonnée. Avant de le(s) placer au réfrigérateur, notez la date, l'heure de tirage du lait et le nom de l'enfant sur chaque biberon avec une étiquette collée dessus ou au marqueur indélébile.

A savoir : la durée totale de conservation du lait frais est de 48h soit 2 jours au maximum (premier jour = recueil et stockage, deuxième jour = transport et consommation). La température du réfrigérateur doit être maximum de 4°C sur l'étagère où est placé le biberon (ne pas le mettre dans la porte). Vérifiez régulièrement la température de votre réfrigérateur en y plaçant un thermomètre.

Si le lait a été congelé, sa conservation maximale au congélateur est de 4 mois à -18°C. Ne jamais ajouter du lait fraîchement recueilli à du lait congelé.

### **Transport du lait maternel**

La chaîne du froid doit être respectée : la température du lait transporté doit être comprise entre 0 et 4°C.

La température de la glacière ou du sac isotherme, transportant les biberons de lait maternel, est inférieure ou égale à 4°C. Pour que ce point puisse être vérifié, il faudra pour cela vous munir d'un ou de plusieurs pains de glace et d'un thermomètre qui seront glissés directement dans le sac de transport. Attention toutefois à ne pas coller le thermomètre au pain de glace car la température affichée pourrait être faussée. A son arrivée, le lait doit être directement remplacé dans le réfrigérateur à 4°C.

- le transport du lait ainsi conservé ne doit pas excéder une heure,
- les biberons doivent être identifiés aux nom et prénom de votre enfant, avec la date et l'heure du recueil du lait maternel (moins de 48h).

## Annexe 1

A savoir : en cas de lait congelé qui va ensuite être décongelé pour être apporté en crèche, la congélation doit avoir été effectuée il y a moins de 4 mois. La décongélation de votre lait maternel se fera en le plaçant au réfrigérateur la veille au soir à la maison ou à la crèche (pas de décongélation à température ambiante, ni de réchauffage), et notez la date et l'heure de la sortie du congélateur.

Tout lait décongelé sera impérativement à consommer dans les 24h.

## **Protocole d'administration du lait maternel en crèche**

### **A réception du lait maternel**

- vérifier le nom, la date et l'heure de recueil du lait maternel ou le cas échéant de décongélation du lait maternel,
- passer le biberon encapuchonné à la lingette bactéricide,
- vérifier la température du lait (inférieure à 10°C)
- mettre dans le réfrigérateur de la biberonnerie (pas dans la porte),
- remplir le tableau de traçabilité.

### **Réchauffage du lait maternel**

- utiliser un chauffe-biberon ou un bain-marie (pas de micro-onde),
- le lait réchauffé doit être consommé dans la demi-heure. Au-delà, il doit être jeté.

Après utilisation, nettoyer soigneusement le biberon à l'eau chaude savonneuse dans son intégralité (bague, tétine...).

Le remettre dans la glacière qui sera rendue aux parents le soir. Pensez également à remettre les pains de glace qui ont servi au transport.

## Annexe 2

### **Protocole des Mesures à prendre dans les Situations d'Urgences Médicales**

- Constaté l'urgence médicale
- Prendre en charge la personne :
  - protéger,
  - rassurer,
  - isoler.
- Désigner 4 adultes (agents ou parents) pour :
  - prévenir les Services d'Aide Médicales d'Urgence 15 ou 112 en précisant sa qualification et la nature de l'urgence,
  - surveiller le groupe d'enfants,
  - être auprès de la personne en situation d'urgence,
  - accueillir le Service d'Aide Médicale d'Urgence (Samu, Smur ou pompiers).
- Suivre les prescriptions du Médecin Urgentiste
- Préparer les données personnelles de la personne
- Si c'est un enfant, préparer une copie du dossier de l'enfant et informer le Service Médical d'Urgence d'un éventuel PAI
- Accompagner l'enfant, si la famille n'est pas encore arrivée (prévoir le retour de l'agent)
- Consigner l'urgence dans le registre sanitaire et en informer le Référent Santé Accueil Inclusif.

Annexe 3

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**Cochez la(les) case(s) correspondante(s) :**

- Pour un **traitement médical** (remplir les pages 1 et 2)
- Pour une **allergie alimentaire** (remplir les pages 1 et 3)
- Pour la mise en place d'un **protocole d'urgence** (remplir les pages 1, 4 et 5)
- Pour un **accompagnement par un référent de l'accueil spécifique** (remplir les pages 1 et 6)
- Pour un **appareillage** (remplir les pages 1 et 7)
- Pour un **aménagement du temps d'accueil** (remplir les pages 1 et 8)
- Pour un **aménagement de l'espace de vie** (remplir les pages 1 et 9)
- Modalités de délivrance de soins spécifiques avec le concours de professionnels médicaux et/ou paramédicaux extérieurs à la structure (remplir les pages 1 et 10)

**Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant:**.....

**Période concernée :** .....

La validité du projet d'accueil individualisé est de 1 an sauf si une modification est demandée durant l'année par l'un des médecins signataires du document.

Le projet d'accueil individualisé est élaboré et écrit avec la famille, la directrice de l'établissement et le médecin de la structure d'accueil ou le référent santé accueil inclusif, à partir des données transmises par le médecin qui suit l'enfant.

**IL NE DEGAGE PAS LES PARENTS DE LEURS RESPONSABILITES.**

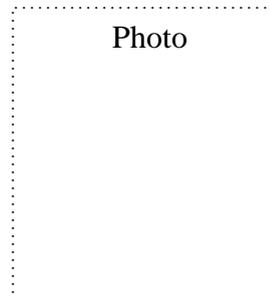
Dans le respect du code de déontologie, aucun diagnostic médical n'apparaîtra sur ce document. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées, avec l'accord des parents, au médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant.

**Enfant concerné:**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....



**Noms des parents ou responsables légaux:**

	<input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 1	<input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2
Nom et prénom		
Tél. domicile/portable		
Tél. travail		
Adresse		

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UN TRAITEMENT MEDICAL**

Selon l'ordonnance du Docteur .....  
adressée sous pli cacheté au médecin de la crèche ou référent santé accueil inclusif <sup>(1)</sup>  
.....

Le(s) médicament(s) prescrit(s) est(sont) fourni(s) par les parents et renouvelé(s) selon leur(s) date(s) de péremption. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Les parents sont tenus de signaler tout changement de traitement.

Nom du (des) médicament(s)	Dose, mode de prise et horaires

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE**

Selon la prescription du médecin qui suit l'enfant, un régime alimentaire est mis en place.

Précisez la nature des aliments concernés par l'allergie : .....

.....

.....

.....

.....

Panier repas apporté par les parents : OUI- NON (rayez la mention inutile)

Autre : .....

.....

.....

.....

.....

Si une attention doit être portée à la manipulation de certains matériaux, précisez :

.....

.....

.....

.....

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -

Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

<b>PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE</b>
---------------------------------------

**PROTOCOLE D'URGENCE**

Protocole d'intervention :

Applicable si et seulement si, la pathologie se déclare pendant le temps d'accueil de l'enfant au sein de l'établissement d'accueil du jeune enfant.

Signes d'appel	Conduite à tenir

Cochez la case correspondante :

- rempli par le médecin de l'enfant le Docteur ....., et contre signé par le Docteur .....médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif.
- rempli par le médecin de l'Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant le Dr..... ou le référent santé accueil inclusif ....., selon les ordonnances du Dr ....., médecin de l'enfant.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

- **Les parents fournissent la trousse d'urgence avec les médicaments prescrits et renouvelés selon leurs dates de péremption.**  
NB : les parents sont tenus de signaler tout changement de traitement et de fournir les ordonnances correspondantes pour l'écriture d'un nouveau PAI.

**Remplir également la page suivante**

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**Trousse d'urgence** (toujours accompagnée de ce document) :

- Contenu : .....
- Localisation : .....

**Référents à contacter :**

- SAMU : 15 ou 112 par portable
- Parents (ou responsables légaux) :

Nom	Tél domicile	Tél Travail	Tél portable
Père			
Mère			

- le médecin traitant: ..... Tél : .....
- le médecin/RSAI de la crèche: ..... Tél : .....
- le médecin spécialisé : ..... Tél : .....
- la directrice de l'EAJE : ..... Tél : .....

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UN ACCOMPAGNEMENT PAR UN REFERENT DE L'ACCUEIL SPECIFIQUE**

Observations de l'enfant et nécessité d'un accompagnement individuel :

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

Horaires concernés par l'accompagnement :

.....  
.....

Nombre d'heures par semaine : .....

Prise en charge proposée par le référent du pôle accueil spécifique :

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

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH OUI - NON
- l'enfant est entré dans un parcours de bilan ou d'intervention précoce  
CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) OUI - NON

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le référent du pôle accueil spécifique :

Le médecin CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA  
Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.  
Direction Petite Enfance

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UN APPAREILLAGE :**

Type d'appareillage dont l'enfant a besoin pendant la durée de son accueil en établissement d'accueil du jeune enfant :

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

Précisions concernant la durée, la fréquence du port de l'appareillage :

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

L'appareillage fourni par les parents ou responsables légaux est (cochez la case correspondante):

- Apporté chaque jour d'accueil de l'enfant
- Reste dans l'établissement d'accueil pendant toute la durée du contrat

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH OUI - NON
- l'enfant est entré dans un parcours de bilan ou d'intervention précoce  
CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) OUI - NON

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le référent du pôle accueil spécifique :

Le médecin CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UN AMENAGEMENT DU TEMPS D'ACCUEIL**

Aménagement du temps indispensable à l'accueil de l'enfant dans un établissement d'accueil du jeune enfant:

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

Si prise en charge extérieure, indiquez l'emploi du temps de l'enfant :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH OUI - NON
- l'enfant est entré dans un parcours de bilan ou d'intervention précoce CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) OUI - NON

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le référent du pôle accueil spécifique :

Le médecin CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR UN AMENAGEMENT DE L'ESPACE DE VIE**

Aménagement de l'espace de vie nécessaire à l'accueil de l'enfant dans l'établissement d'accueil du jeune enfant :

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

Temps de préparation nécessaire à cet aménagement : .....

Date du début de l'accueil de l'enfant envisagé : .....

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH OUI - NON
- l'enfant est entré dans un parcours de bilan ou d'intervention précoce  
CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) OUI - NON

**Signataires du projet (nom, date et signature)**

Le référent du pôle accueil spécifique :

Le médecin CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -  
Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**MODALITES DE DELIVRANCE DE SOINS SPECIFIQUES AVEC LE CONCOURS DE PROFESSIONNELS MEDICAUX ET/OU PARAMEDICAUX EXTERIEURS A LA STRUCTURE**

Si intervention d'un professionnel extérieur, indiquez l'emploi du temps de l'enfant :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- Qualification du professionnel intervenant auprès de l'enfant :  
.....
- Précisions concernant la durée, la fréquence des soins :  
.....

**Signataires du projet (notez le nom, la date et signez)**

Le(s) professionnel(le)s médical(aux) et/ou paramédical(aux) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur -

Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes.

Nom de l'élève

Académie :

Département :

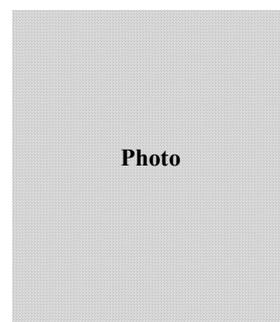
### Annexe - Projet d'accueil individualisé : PAI

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

**Le PAI** permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

### 1 - Renseignements administratifs

Élève
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse :



#### Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	☉Domicile	☉Travail	☉Portable	Signature

*Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.*

	PAI 1re demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin					
Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

#### Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement				

Nom de l'élève

Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

**Partenaires**

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et Date	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

**2 - Aménagements et adaptations - partie médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de la structure**

**a. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension**

---



---



---

**b. Aménagements du temps de présence dans l'établissement**

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)  
*Joindre le certificat d'inaptitude EPS*

Préciser :

**c. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)**

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)  Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux  Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

**d. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.**

*Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.*

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)  Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée  Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

*Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :*

Nom de l'élève

**e. Restauration**

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille
<input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO)	<input type="checkbox"/> Boissons
<input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution	<input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires
<input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	<input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier
	<input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Préciser :

**f. Soins**

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (*cf. ordonnance jointe*) :

Traitement médicamenteux : préciser nom (commercial/générique), posologie, mode de prise, horaire précis

Surveillances : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement  protocole joint

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 4)  Autres soins

Contenu de la trousse d'urgence :

PAI obligatoirement  Ordonnance  Traitements  Pli confidentiel à l'attention des secours

Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser : .....

Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence ».

Autre trousse d'urgence dans l'établissement

Préciser :

**g. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens**

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :	

Nom de l'élève

**3 - Conduite à tenir en cas d'urgence - partie médecin traitant ou à préciser : .....**

**Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes**

Nom/ Prénom :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone.**

**Évaluer la situation et pratiquer :**

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

**Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15**

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

*Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint :  Oui  Non*

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

**Signataires du projet (nom, date et signature-rayez les mentions inutiles)**

Le médecin de l'enfant :

Le(s) professionnel(le)s médical(aux) et/ou paramédical(aux) :

Le référent du pôle accueil spécifique :

Le médecin CAMSP-SESSAD-SAFED-PMI (rayez les mentions inutiles) :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var - Président délégué de la Métropole Nice Côte d'Azur – Conseiller  
Départemental des Alpes-Maritimes

## **Mesures préventives d'hygiène générale et mesures d'hygiène renforcées**

### **Mesures préventives d'hygiène générale**

#### **1 Hygiène des locaux, du matériel, du linge et de l'alimentation :**

##### a) Hygiène des locaux

Chaque jour, les surfaces lavables sont nettoyées, ainsi que :

- les robinets,
- les poignées de porte,
- les loquets,
- les chasses d'eau,
- les tapis de sol.

Les locaux sont aérés régulièrement.

##### b) Hygiène du matériel et du linge

Le matériel utilisé est régulièrement nettoyé, ainsi que :

- les pots,
- les jouets,
- le matériel de cuisine.

Le linge est changé dès que nécessaire (les bavettes ou serviettes sont bien sûr individuelles).  
Les poubelles et autres conditionnements sont vidés et lavés tous les jours.

##### c) Hygiène de l'alimentation

Les règles d'hygiène alimentaire dans la préparation et la distribution des repas sont respectées scrupuleusement (prévues par l'arrêté du 29 septembre 1997).

L'application des règles d'hygiène tient une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles en collectivité. Une application rigoureuse de ces mesures permet de prévenir la contamination par des agents infectieux et de s'opposer à leur propagation. Elles sont appliquées au quotidien aux enfants et aux adultes, même en dehors d'infection déclarée.

### **2 Hygiène individuelle du personnel et des enfants**

##### a) Hygiène des mains

Le lavage des mains est un geste essentiel car la contamination manu-portée est responsable de nombreuses infections.

Pour le personnel, il est répété très souvent dans la journée et particulièrement :

- avant tout contact avec un aliment,
- avant chaque repas,
- avant et après chaque change,
- après avoir accompagné un enfant aux toilettes,
- après être allé aux toilettes,

## Annexe 4

### **Mesures préventives d'hygiène générale et mesures d'hygiène renforcées**

- après chaque contact avec un produit corporel (selles, écoulement nasal...).
- après s'être mouché, après avoir toussé ou éternué.

Il se fait avec un savon liquide ou une solution hydro-alcoolique (pour les adultes uniquement).

Pour les enfants, il est pratiqué :

- avant chaque repas,
- après être allé aux toilettes,
- après la manipulation d'objets possiblement contaminés (terre, animal...).

#### **b) Hygiène vestimentaire du personnel**

Le personnel porte des vêtements de travail propres et renouvelés fréquemment.

### **Mesures d'hygiène renforcées**

#### **1 Contamination par les selles**

Le lavage des mains doit être soigneux, de préférence avec une solution hydro-alcoolique, particulièrement après passage aux toilettes, après avoir changé la couche d'un enfant, avant la préparation des repas et des biberons et avant de donner à manger aux enfants. Ce lavage de mains demeure un moyen essentiel de prévention de la transmission de l'infection.

La manipulation de tout objet ou matériel souillé par des selles doit être faite avec des gants jetables ; l'objet ou matériel sera lavé et désinfecté. Le matériel souillé (gants jetables...) sera jeté dans une poubelle munie d'un couvercle actionné de préférence de manière automatique (à pédale). Les matelas de change et les lits souillés seront nettoyés soigneusement.

#### **2 Contamination par les sécrétions respiratoires**

Il est indispensable de :

- se couvrir la bouche en cas de toux,
- se couvrir le nez en cas d'éternuements,
- se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique, jetés dans une poubelle munie d'un couvercle,
- cracher toujours dans un mouchoir en papier à usage unique,
- se laver les mains minutieusement, particulièrement après s'être mouché, après avoir toussé ou éternué ou après avoir mouché un enfant malade,
- laver les surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par l'enfant malade,
- les personnes enrhumées ou qui toussent peuvent éventuellement porter un masque lors de tout contact rapproché avec un enfant (change, alimentation...).

#### **3 Contamination à partir de lésions cutanées ou cutanéomuqueuses**

Il est indispensable de :

- se laver les mains minutieusement,
- utiliser des gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée (plaie sanglante, plaie infectée, impétigo...). Les gants seront jetés et les mains lavées avant de toucher

## **Mesures préventives d'hygiène générale et mesures d'hygiène renforcées**

tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...),

- la lésion cutanée doit être protégée par un pansement. Le matériel de soin sera jeté dans une poubelle munie d'un couvercle,

- en cas de conjonctivite : nettoyer chaque œil avec une nouvelle compresse qui doit être jetée dans une poubelle munie d'un couvercle. Se laver les mains avant et après chaque soin,

- en cas d'infections du cuir chevelu (teigne, poux, impétigo...) : laver soigneusement les draps de lit et objets utilisés pour coiffer l'enfant (peigne, brosse) avec un produit adapté,

- en cas de verrues : nettoyer soigneusement les sols et les tapis si les enfants y ont marché pieds nus.

### **4 Contamination par du sang ou d'autres liquides biologiques infectés**

En cas de plaie, lors de soins dispensés, se laver les mains et porter des gants jetables. Désinfecter les surfaces et le matériel souillés.

En cas de contact avec la peau, nettoyer immédiatement à l'eau et au savon, rincer puis désinfecter.

En cas de contact avec une muqueuse, rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau.

## Annexe 5

### Protocoles sorties – promenades – trajets - transports

*Dans le cadre du décret n°2021-1131 du 30 Août 2021 et selon l'article R 2324-43-2 « Pendant les sorties hors de l'établissement, et le cas échéant, hors de son espace extérieur privatif, l'effectif du personnel placé auprès du groupe d'enfants participant à la sortie permet de garantir un rapport d'un professionnel pour cinq enfant ».*

Pour chaque sortie, le nombre minimum d'adultes est de 2 avec au moins 1 agent diplômé obligatoirement (art. R.2324-34, R.2324-35, R.2324-42). Les sorties font l'objet d'une autorisation signée de la part des parents au moment de l'inscription ou quelques jours avant, si celle-ci est exceptionnelle.

Les sorties organisées par l'établissement d'accueil du jeune enfant dépendent du projet éducatif de la structure. Il n'existe pas de modèle type.

Les sorties s'intègrent dans un projet plus global et sont le fruit d'une réflexion sur le sens et la visée que cela apporte aux enfants. Ce sont des occasions de découvertes d'un nouvel environnement qui suscitent beaucoup de curiosité. Ce sont aussi des moments privilégiés où le comportement de l'enfant peut nous surprendre.

#### Avant chaque sortie :

- composer les groupes d'enfants à l'avance ;
- établir la fiche de sortie (*annexe joint*) ; elle permet de conserver une traçabilité sur la structure ;
- les parents sont prévenus auparavant pour qu'ils puissent équiper leur(s) enfant(s) en conséquence.

#### A prendre lors de la sortie :

- la liste des enfants de sortie ;
- une pharmacie équipée (contrôler son contenu avant la sortie) ;
- un téléphone chargé et allumé ;
- les coordonnées de la crèche enregistrées ;
- la liste des numéros d'urgence ;
- de l'eau ;
- les autres éléments indispensables en fonction du lieu, de l'âge des enfants (*doudou, trousse PAI, couches, vêtements de rechange, casquettes, crème solaire*).

#### Informez l'équipe qui reste dans la structure sur :

- le lieu de la sortie ;
- l'heure de retour ;
- le numéro de téléphone pour joindre le groupe de sortie.

#### Les sorties en mini bus :

- une convention est établie et signée entre l'organisme qui prête le véhicule et la commune de Saint-Laurent-du-Var ;
- un ordre de mission est établi au nom du conducteur, attestant la pleine possession de son permis de conduire ;
- le mini bus est équipé de sièges auto individuels pour chaque enfant ;
- les enfants sont mis en sécurité par les professionnels de l'établissement.

## Annexe 5

### Protocoles sorties – promenades – trajets - transports

#### Les sorties à pieds :

- l'encadrement prévu est de 1 adulte pour 2 enfants ;
- les enfants peuvent se déplacer à pieds ou en poussette ;
- les stagiaires peuvent accompagner les sorties avec accord de la direction.

#### En sortie :

- si possible, l'adulte tient la main de l'enfant et se tient côté route ;
- adopter l'attitude du *bon piéton* : regarder avant de traverser, attendre que les roues des véhicules soient arrêtées. En cas d'absence de trottoir, longer le côté gauche de la chaussée. Faire attention au manque de visibilité et communiquer avec la personne en début de file. Respecter les feux de signalisation et les passages protégés ;
- en bus, 1 adulte monte ou descend en premier pour accueillir les enfants, l'autre adulte attend que tous les enfants soient montés ou descendus ;
- l'adulte s'assure que les enfants ne dépassent pas le périmètre défini ;
- le décompte des enfants est réalisé régulièrement :
  - o au moment de la sortie de la structure
  - o après chaque pause qui ponctue la sortie
  - o avant et après le passage dans un transport en commun
  - o à l'entrée de l'établissement en fin de sortie

#### Retour de sortie :

- retranscrire dans le cahier de transmission s'il y a eu quelque chose de particulier ;
- faire un retour aux parents quant au déroulement de la sortie et l'attitude de son enfant ;
- exposer les photos.

**Annexe 5**

**Protocoles sorties – promenades – trajets - transports**

**FICHE DE SORTIE**

Date : .....

Lieu : .....

Heure de départ : .....

Heure de retour prévue : .....

Nombre d'enfants : .....

Identité des enfants (précisez si particularité – PAI par exemple-):

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

Identités et qualifications des accompagnants :

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

Numéro de portable du groupe en sortie : .....

Identités des stagiaires :

.....

Moyens de déplacement :

- A pieds  Mini-bus  Poussette  Bus   
Autre

Annexe 6

**Modalités de délivrance de soins spécifiques avec le concours de professionnels médicaux et/ou paramédicaux extérieurs à la structure**

Si intervention d'un professionnel extérieur, indiquez l'emploi du temps de l'enfant :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

Précisions concernant la prise en charge de l'enfant :

- Qualification du professionnel intervenant auprès de l'enfant :

.....

- Précisions concernant la durée, la fréquence des soins :

.....

**Signataires du projet (notez le nom, la date et signez)**

Le(s) professionnel(le)s médical(aux) et/ou paramédical(aux) :

Le médecin de l'enfant :

Les parents ou responsables légaux :

Le médecin de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou le référent santé accueil inclusif :

La directrice de l'établissement d'accueil du jeune enfant :

Le représentant de la commune :

Joseph SEGURA

Maire de Saint-Laurent-du-Var – Conseiller Départemental des Alpes-Maritimes - Vice-Président de la Métropole Nice Côte d'Azur.

## Annexe 7

### **Conduites à tenir et mesures à prendre en cas de suspicion de maltraitance ou de situation présentant un danger pour l'enfant**

Le professionnel de la Petite Enfance, comme tout citoyen, est tenu d'agir lorsqu'il est témoin d'une situation de risque ou de danger dans laquelle est concerné un enfant.

**Alerter les autorités compétentes en ce domaine s'impose.**

La présence quotidienne des professionnels de la Petite Enfance auprès des enfants nous confère un rôle particulier. En effet, l'observation quotidienne de chaque enfant permet de déceler les signes qui laissent à penser que l'enfant est en situation de danger.

Les étapes préalables :

- importance du partage de l'information **en équipe pluridisciplinaire** au sein de l'établissement : ne pas rester seul, ne pas aller trop loin dans l'investigation,
- solliciter les **personnes ressources** au sein de l'établissement (éducateur de jeunes enfants, infirmière puéricultrice, personnel de direction) afin de partager les observations, les questionnements,
- **dialoguer avec les familles** pour étayer le recueil, repérer les ressources et mobiliser les compétences familiales, informer de l'IP sauf si les informer est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Plus les informations concernant l'enfant seront complètes, plus la prise en charge sera rapide. Il convient donc de rapporter les faits, le plus objectivement possible, sans jugement de valeur et de donner aux services sociaux des indications précises.

**Annexe 7: Protocole des conduites à tenir et mesures à prendre en cas de suspicion de maltraitance ou de situation présentant un danger pour l'enfant.**

**INFORMATION PREOCCUPANTE ENFANCE EN DANGER**

Cette information préoccupante est à adresser signée à :

A.D.R.E.T. 06

Antenne Départementale de Recueil, d'Évaluation  
et du Traitement des Informations Préoccupantes

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.

La nuit et le week-end, appelez le 119.

Courriel : [protectiondelenfance@departement06.fr](mailto:protectiondelenfance@departement06.fr)



Date :

A- REDACTEUR DE L'INFORMATION

NOM-Prénom-Service-Etablissement :

Fonction :

Adresse :

Téléphone, courriel :

Autres professionnels associés à l'élaboration de l'Information préoccupante (Nom, Fonction, Coordonnées) :

B- INFORMATIONS RELATIVES AU MINEUR CONCERNE

NOM - Prénom	Date de naissance	Sexe	Adresse

C- INFORMATIONS RELATIVES AUX DETENTEURS DE L'AUTORITE PARENTALE

Coordonnées des parents	
NOM - Prénom:	NOM - Prénom:
Sexe :	Sexe :
Adresse:	Adresse:
Tél fixe et port.:	Tél fixe et port.:
Courriel :	Courriel :
Situation matrimoniale des parents :	Situation matrimoniale des parents :
Célibataire <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Marié <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/>
Union libre <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>
Divorcé <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
PACS <input type="checkbox"/>	PACS <input type="checkbox"/>

- Les parents sont séparés, résidence, droit de visite et d'hébergement connus :
- Le(s) détenteur(s) de l'autorité parentale n'est (sont) pas le(s) parent(s) (indiquer leurs coordonnées et préciser le lien avec le mineur)

Personnes ressources (famille, beaux-parents, amis..) :

D- SYNTHESE DES ELEMENTS PREOCCUPANTS

(permet d'appréhender rapidement la situation)

Motifs de l'urgence

## Annexe 7: Protocole des conduites à tenir et mesures à prendre en cas de suspicion de maltraitance ou de situation présentant un danger pour l'enfant.

### E- FRATRIE

NOM - Prénom	Date de naissance	Sexe	Adresse

### F- MESURES/ACTIONS ANTERIEURES OU EN COURS (si connues)

aide éducative à domicile, intervention sociale et familiale, suivi en milieu ouvert, suivi psychologique, médical, social, PMI...

### G- DESCRIPTION DE LA SITUATION

Constat direct des professionnels : oui  non

Information transmise par un tiers : oui  non

Demande d'anonymat : oui  non

Si non : NOM-Prénom

Lien avec l'enfant :

Coordonnées :

Contextualiser la situation le plus précisément et objectivement possible (où, quoi, qui comment, quand), préciser les faits constatés ou rapportés, toutes les personnes doivent être citées clairement, propos entre guillemets tels qu'entendus, description des violences la plus précise possible, joindre tout doc utile (dessin, courriel), préciser si un examen médical a été fait, si connue préciser la scolarité (niveau de classe, assiduité, comportement)

### H-INFORMATION DU OU DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE

Les parents ou toute personne exerçant l'autorité parentale doivent être préalablement informés de toute transmission d'information préoccupante, sauf si cela expose le mineur à un danger ou si cela est susceptible de compromettre une investigation pénale à venir (art L226-2-1 CASF)

Le ou les titulaires de l'autorité parentale ont été informés de cette démarche : oui  non

Si non, en quoi l'intérêt du mineur s'y oppose-t-il ? :

Fait à :

Le :

Nom(s) Prénom(s):

Signature(s) :