

À Mme, Mr.....

Parents de l'Enfant.....

Ecole/Classe.....

## Demande de mise en place d'un PAIP (Projet d'Accueil Individualisé Péri-scolaire)

Madame, Monsieur,

Votre enfant présente une allergie alimentaire, une maladie chronique ou autres pouvant nécessiter un traitement ou des soins sur des temps relevant de la Commune de Surzur.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient de mettre en place un projet d'accueil individualisé péri-scolaire (PAIP) de la Commune de Surzur.

Le PAIP est mis en place pour les temps **péri-scolaires** (Temps-meridien, Accueil péri-scolaire du matin et du soir et des mercredis), et pour les temps **extrascolaires** (vacances).

Vous voudrez bien :

- Compléter le document ci-joint (6 pages) par vous-même et le médecin spécialiste de votre enfant,
- Joindre l'ordonnance correspondant aux soins d'urgence ou une copie,
- Fournir 2 trousse d'urgences contenant les médicaments au nom de l'enfant qui seront déposées au restauration scolaire (restaurant scolaire communal), et à l'accueil péri-scolaire et extrascolaire (maison de l'enfance)
- 2 photos récentes (type identité)
  
- A déposer avant le 15 juillet à l'accueil administratif du Pôle famille pour une application à la rentrée scolaire de septembre.

A Savoir : en cas de renouvellement **SANS** changement du protocole signé par le médecin, remplir uniquement la page 2 du PAIP en joignant l'ordonnance et les médicaments (2 trousse)

Vous remerciant par avance,

Monsieur Sébastien PICQUET

Responsable du pôle famille enfance jeunesse  
Mairie de Surzur

# Projet d'Accueil Individualisé Péri-scolaire 2023 2024

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)  
 Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).

## ENFANT CONCERNE



Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Sexe :
Age :	
École :	Classe :
Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> ALSH Vacances <input type="checkbox"/> ALSH Mercredi <input type="checkbox"/> Péri-scolaire du Matin <input type="checkbox"/> Péri-scolaire du soir <input type="checkbox"/>	

**Année scolaire du 1<sup>er</sup> PAIP .....**  
**PAIP année scolaire en cours.....**

*La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé péri-scolaire pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.*

Je soussigné(e) ....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé Péri-scolaire à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention :

Docteur (nom, prénom) .....

Tel : .....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : école, restaurant scolaire, accueil péri-scolaire et extrascolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document (6 pages) et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer

### Date et signatures du PAIP :

Les parents ou responsable légal

Le Maire ou son représentant

La responsable Temps-meridien

Le responsable Restaurant scolaire

Le responsable ALSH

Le responsable A J I

Etablissement scolaire : ..... Année Scolaire : .....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement (nom, prénom) : .....

Tél. ....

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution,  
Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé :

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau : Portable :

## PERSONNES A PREVENIR

### Les urgences

Sur téléphone standard	<b>15</b>
Sur téléphone portable	<b>112</b>

### Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

### Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphone	

### L'allergologue qui suit l'enfant ou autres spécialistes

Nom	
Adresse	
Téléphone	

## Pour tous les enfants concernés

### ➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence.....
- Les trousse (avec nom, prénom) sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments (avec nom, prénom). Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale et la collectivité de Surzur en cas de changement de la prescription médicale.

### ➤ **Sorties extrascolaires**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAIP et l'appliquer.
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger.

### ➤ **En cas de changement d'encadrants**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire

## Besoins spécifiques de l'enfant

### ➤ **Restaurant scolaire (*cocher la mention retenue*) :**

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés. (Fournis par la famille)
- Régimes spécifiques fournis par le restaurant scolaire.
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre (préciser) .....

### ➤ **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

### ➤ **Les activités d'arts plastiques**

- Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

.....  
.....

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser).....

### ➤ **Autres aménagements** à détailler

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



**Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant  
Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer :**

<b>Situations</b>	<b>Signes d'appel</b>	<b>Conduite à tenir</b>
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des Piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe Respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage où D'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, Sifflements audibles, l'enfant se plaint De ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes Respiratoires	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Avec démangeaisons, gêne Respiratoire, douleurs abdominales, Nausées, vomissements	

**Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés et rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent**

<b>Date :</b>	<b>Nom du Médecin spécialisé :</b>	<b>Signature et Cachet du Médecin spécialisé :</b>
---------------	--	--