



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ PÉRISCOLAIRE **Temps du midi et/ou accueils de loisirs**

Si votre enfant souffre d'un problème de santé et qu'il doit fréquenter la restauration scolaire et/ou un Centre de Loisirs durant l'année scolaire 2016-2017, nous vous remercions de bien vouloir télécharger et compléter le dossier PAIP.

Le document complété et signé est à rendre au service PAIP de la Direction de l'Éducation de L'Enfance, Mairie d'Argenteuil en prenant un rendez-vous auprès de : Mme Becquet au 01.34.23.42.08 ou Mme Jacquet-Fournier au 01.34.23.68.64

Pour toute question relative au traitement du dossier, nous vous invitons à utiliser l'adresse mèl suivante : scolpaip@ville-argenteuil.fr



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ PÉRISCOLAIRE Temps du midi et/ou accueils de loisirs

A rendre complété et signé au service PAIP de la Direction de l'Éducation de L'Enfance,
Mairie d'Argenteuil. 01.34.23.68.64 ou 01.34.23.42.08

Passé ce délai, votre enfant ne pourra pas être accueilli à la restauration scolaire et au centre de loisirs dès la rentrée scolaire, l'instruction du dossier étant de 15 jours.

NUMERO DU PASS' FAMILLE :

NOM-PRÉNOM DE L'ENFANT :

ANNÉE SCOLAIRE :

ÉCOLE :

CENTRE DE LOISIRS :

PHOTO

Pièces à joindre au PAIP

- Certificat médical
- Deux photos récentes de l'enfant
- Si nécessaire, pli cacheté concernant des renseignements médicaux autres que ceux du PAIP
- Attestation employeur ou bulletin de salaires des deux parents, attestation de recherche d'emploi.

***Attention :** Le dossier ne pourra être traité qu'à la réception complète de tous les documents nommés ci-dessus.*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A REMPLIR PAR LES PARENTS

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

CLASSE (pour la rentrée prochaine) :

TEMPS PÉRISCOLAIRES FRÉQUENTÉS PAR L'ENFANT (cocher les cases correspondantes)

| | |
|------------------|--------------------------|
| Accueil du Matin | <input type="checkbox"/> |
| Temps du Midi | <input type="checkbox"/> |
| Accueil du Soir | <input type="checkbox"/> |
| Mercredis | <input type="checkbox"/> |
| Vacances | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIE DECLARÉE (certificat médical obligatoire)

.....
.....

ET/OU MALADIE CHRONIQUE (certificat médical obligatoire)

.....
.....

ET/OU HANDICAP CONNU

.....
.....

FICHE URGENTE

A REMPLIR PAR LES PARENTS (ou Tuteurs)

| | Mère | Père | Autre personne |
|---|------|------|----------------|
| NOM | | | |
| Adresse | | | |
|  domicile | | | |
|  professionnel | | | |
|  | | | |
| numéro où l'on peut vous joindre entre 11h et 14h | | | |
| Adresse @ | | | |

LE SERVICE HOSPITALIER QUI SUIT L'ENFANT

Nom de l'Hôpital :

Nom du Service :

N° de téléphone et Fax:

SPÉCIALISTE QUI SUIT L'ENFANT (EX : ALLERGOLOGUE)

NOM :

Adresse :

Code postal et Ville :

N° de téléphone et Fax :

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

Adresse :

Code postal et Ville :

PROTOCOLE D'URGENCE

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT OU AU SPÉCIALISTE *(tampon et signature obligatoires sur cette page ainsi qu'en page 5)*

Préciser : ✓ les signes d'appel ou les symptômes visibles de l'allergie ou de la maladie
 ✓ les mesures à prendre, la conduite à tenir avant l'arrivée des secours

PARTIE RÉSERVÉE A LA DIRECTION DE L'ÉDUCATION ET DE L'ENFANCE

Préciser les aménagements à envisager en cas d'allergie ou de maladie chronique (panier-repas, horaires d'accueil, locaux, matériel, personnel etc...).

SIGNATURE DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

LA FAMILLE

**LE MÉDECIN TRAITANT OU LE SPÉCIALISTE
(TAMPON ET SIGNATURE OBLIGATOIRES)**

**Pour la Ville d'ARGENTEUIL
L'Adjoint au Maire aux Affaires Scolaires**

**Pour la Ville d'ARGENTEUIL
L'adjointe au Maire à L'Enfance**

ACCORD ET ENGAGEMENT DES PARENTS

A REMPLIR PAR LES PARENTS

Nous, soussignés,

Monsieur (père),

Madame (mère),

Responsables légaux de l'enfant

➤ Avons pris connaissance de la procédure de mise en place du Projet d'Accueil Individualisé Péri-scolaire, et nous engageons à le respecter.

➤ En cas de panier-repas complet ou partiel, dégageons la responsabilité de la Municipalité d'Argenteuil face à des manifestations allergiques liées à la consommation du panier-repas fourni par nous-mêmes.

➤ Nous engageons à fournir dès le premier jour d'accueil la trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits dans le cadre de ce PAIP ainsi que l'ordonnance correspondante. Dans le cas contraire, la mise en route du PAIP sera différée

➤ Nous engageons à veiller aux dates de péremption des médicaments et à les renouveler si nécessaire

➤ Autorisons le personnel communal à administrer à notre enfant les médicaments prévus dans ce PAIP (administration orale vivement conseillée)

Argenteuil, le/...../.....

Signature du père
Précédée de la mention
« **Lu et approuvé** »

Signature de la mère
Précédée de la mention
« **Lu et approuvé** »

Signature du représentant légal
(si différent du père et de la mère)

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

NOTIFICATION ET DÉCISION DE LA VILLE

L'enfant peut être accueilli dans les restaurants scolaires, au centre de loisirs et en centre de vacances

- sans panier-repas
- avec panier-repas complet
- avec panier-repas partiel
- avec des aménagements prévus par le présent protocole (cf. page 4)

A COMPTER DU
Sous réserve de la fourniture de la trousse d'urgence

L'enfant ne peut pas être accueilli

Motivation du refus :

EN CAS D'ACCUEIL, DÉSIGNATION DES PERSONNES REFERENTES

Sur le temps du midi :

1°- Men qualité de

2°- Men qualité de

3°- Men qualité de

Sur le centre de loisirs :

1°- Men qualité de

2°- Men qualité de

3°- Men qualité de

Les personnes désignées sont nommées référentes pour la prise en charge de l'enfant pendant le temps du midi au restaurant scolaire et / ou au centre de loisirs.