

ANNEXES

à joindre au Contrat de travail

1/ VACCINS OBLIGATOIRES – Enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018

1/ VACCINS OBLIGATOIRES – Enfants nés après le 1^{er} janvier 2018

2/ PROTOCOLE DE PREMIERS SOINS (Document PMI)

3/ AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS

4/ CONDITIONS D'ACCUEIL

4-1/ Accueil de l'enfant fébrile

4-2/ Accueil de l'enfant en cas de maladies.

4-3/ Renseignements médicaux concernant la santé de l'enfant

7/AUTORITE PARENTALE

8/DROIT A L'IMAGE

9/AUTORISATION DE SORTIES - AUTORISATION concernant le déplacement en voiture

10/INFO RAM –Autorisation parentale

1/VACCINS OBLIGATOIRES – Enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018

► Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, le calendrier 2017 reste en vigueur ; Trois vaccins obligatoires (la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite) sont alors exigés pour l'accueil chez une assistante maternelle.

Attention pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 la loi a changé

Compléter l'annexe : **VACCINS OBLIGATOIRES – Enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018**

Nous, soussignés, Monsieur et Madame.....

père et mère de l'enfant.....

Nous engageons :

**soit de respecter le calendrier vaccinal*

**soit de fournir la photocopie du carnet de carnet de santé justifiant le respect du calendrier vaccinal à la signature du contrat puis à chaque nouvelle injection.*

**soit de fournir un certificat médical du médecin traitant précisant que l'enfant est à jour de ces vaccinations obligatoires.*

L'assistant(e) maternel(le) doit s'assurer de disposer du document complété et des justificatifs à jour.

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le) :

1/VACCINS OBLIGATOIRES – Enfants nés après le 1^{er} janvier 2018

En application du texte de loi du code de l'action sociale et des familles (CASF) du 30 décembre 2017 et du décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 et accueillis chez les assistantes maternelles doivent respecter le calendrier vaccinal 2018. (cf calendrier simplifié des vaccinations).

Lorsqu'une ou plusieurs vaccinations font défaut, la loi (CASF) prévoit que l'enfant est admis provisoirement. Les vaccinations obligatoires doivent alors être réalisées dans un **délai de 3 mois** et ensuite poursuivies.

En cas de retard de vaccination et après un délai de 3 mois les enfants n'ayant pas été vaccinés (selon le calendrier) ne pourront pas être accueillis. Les parents seront alors dans l'obligation de faire une rupture de contrat pour non-respect du calendrier vaccinal, conformément à la réglementation.

Les 11 vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018

La diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'*Haemophilus influenzae B* (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites), la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites), le pneumocoque (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites)

Ces 11 vaccinations sont pratiquées sauf contre indications médicales reconnues dans les 18 premiers mois de l'enfant selon le calendrier vaccinal.

► Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, le calendrier 2017 reste en vigueur ; Trois vaccins obligatoires (la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite) sont alors exigés pour l'accueil chez une assistante maternelle.

Nous, soussignés, Monsieur et Madame.....
père et mère de l'enfant.....

Nous engageons :

**soit de respecter le calendrier vaccinal*

**soit de fournir la photocopie du carnet de carnet de santé justifiant le respect du calendrier vaccinal à la signature du contrat puis à chaque nouvelle injection.*

**soit de fournir un certificat médical du médecin traitant précisant que l'enfant est à jour de ces vaccinations obligatoires.*

L'assistant(e) maternel(le) doit s'assurer de disposer du document complété et des justificatifs à jour.

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « J'ai lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le):

PROTOCOLE DE PREMIERS SOINS

A faire remplir par votre médecin traitant. Ce n'est pas une ordonnance. C'est une autorisation d'utiliser certains produits dans les actes de la vie courante auprès des enfants de moins de 6 ans. Attention ce protocole est à renouveler au minimum tous les ans. Un protocole pour un enfant.

Ce protocole de soins permet aux assistants maternels de pouvoir accomplir les « actes de santé de la vie courante » auprès de l'enfant accueilli. L'assistant maternel ne peut en aucun cas et sous aucun prétexte que ce soit, administrer un médicament sans ordonnance du médecin traitant de l'enfant et/ou sans protocole de soins.

En application de l'article L. 372 du Code de Santé Publique « l'assistant maternel n'est pas habilité à donner des soins réservés aux auxiliaires médicaux. Cependant, le conseil d'état dans un avis du 9 mars 1999 repris dans une circulaire du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments admet que les assistants maternels peuvent aider à accomplir des actes de la vie courante et aider à la prise des médicaments lorsque le mode de prise ne présente pas de difficultés particulières à la condition toutefois, qu'une ordonnance et/ou un protocole de soins lui soient délivrés. »

Pour l'enfant :

NOM : Né(e) le :

Prénom : Poids : kg

La partie ci-après est à compléter et à faire signer par le médecin traitant de l'enfant.

- **Protocole en cas de fièvre supérieure à 38,5° ou de douleur** (pour la prise de température, la référence est la voie anale): Administrer Paracétamol (type « Efferalgan ®, Doliprane ® ») en sirop pédiatrique ou sachet, ou en suppositoire en fonction du poids, toutes les 6 heures.
- **Protocole en cas de diarrhée** : Donner une solution de réhydratation (type « GES 45®, Adiaril ® ou autre choix* ») Un sachet à dissoudre dans 200ml d'eau et à donner en petite quantité en plusieurs fois.
- **Protocole en cas de coup sans plaie** : appliquer de la glace enveloppée dans un linge ou /et pommade à base d'ARNICA pour les enfants de plus d'un an.
- **Protocole en cas de petite plaie** : appliquer un anti-Septique local (type « Biseptine ®, ou autre choix* »).
- **Protocole en cas de rougeurs du siège** : appliquer une crème (type « Bepanthen ® ou autre choix* ») une à plusieurs fois/jour.
- **Protocole en cas de brûlures légères** : faire couler l'eau froide pendant 10 mn sur la zone
- **Protocole pour l'hygiène du nez et des yeux** : utiliser du sérum physiologique, nettoyer les yeux avec des compresses et le nez par lavage et éventuellement avec un mouche-bébé.

Signature du ou des parents

Ou du responsable de l'enfant :

NOM du médecin

Date, tampon et signature

*choix du médecin, rayer les mentions inutiles

04/2018

3/ AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS

L'aide à la prise des médicaments engage la responsabilité civile et pénale de l'assistant(e) maternel(le). Si elle accepte d'aider à la prise des médicaments le parent employeur devra lui avoir donné son autorisation écrite et lui remettre l'ordonnance prescrivant le traitement (ou le régime).

Nous, soussignés

Père et mère de l'enfant

Autorisons M ou Mme à délivrer le traitement médical prescrit (fourni par les parents) en cas de maladie.

Nous engageons à fournir le traitement et à joindre l'ordonnance médicale en cours de validité.

MEDECIN TRAITANT

Au cas où l'assistant(e) maternel(le) ne parvient pas à joindre les parents et /ou s'il estime indispensable de faire appel au médecin traitant de l'enfant.

Nom et téléphone du médecin traitant :

PRISE EN CHARGE PARTICULIERE

En cas de prise en charge particulière, l'assistant(e) maternel(le) accepte à son domicile des visites de médecin, infirmier, kinésithérapeute....

OUI

NON

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le) :

4/CONDITIONS D'ACCUEIL

Les parents restent responsables de la surveillance médicale de l'enfant.

- Au préalable et au cours de l'accueil, l'enfant doit être à jour des vaccinations obligatoires.

Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018 la réglementation a changé depuis 2018.

L'annexe **VACCINS OBLIGATOIRES** doit être complété et les justificatifs fournis.

- Au début de chaque accueil, le **PROTOCOLE DE PREMIERS SOINS** (Annexe suivant) doit être complété par le médecin traitant et renouvelé au minimum tous les ans.

- A la demande des parents, l' assistant(e) maternel(le) peut accepter d'aider à la prise des médicaments mais uniquement sur prescription médicale.

L'Annexe **AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS** doit être complété.

- En cas de maladies ou d'accident, les parents s'engagent à informer le médecin que l'enfant est accueilli chez un(e) assistant(e) maternel(le).

• Il appartiendra au médecin de décider du maintien de l'accueil en fonction des critères médicaux et de la présence d'autres enfants chez l'assistant(e) maternel(le).

• Pour tous protocoles particuliers (ex : Allergies, asthme, diabète...), un Projet d'accueil individualisé (PAI) peut être établi. La puéricultrice de secteur peut être sollicitée sur la conduite à tenir.

- **En cas de maladie ou d'accident, l'assistant(e) maternel(le) avertira les parents le plus rapidement possible.**

L'assistant(e) maternel(le) s'engage à avertir les parents de la survenue d'une maladie contagieuse chez toute personne à son domicile.

→ 4-1/Accueil de l'enfant fébrile

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| L'assistant(e) maternel(le) accepte d'accueillir l'enfant malade avec une faible fièvre (entre 37°5 et 38°5) avec ordonnance et médicaments anti-pyrétique (type Doliprane*Efferalgan*) | | |
| L'assistant(e) maternel(le) accepte d'accueillir l'enfant malade avec une forte fièvre (> 38°5) avec ordonnance et médicaments anti-pyrétique (type Doliprane*Efferalgan*) | | |

Prise de température de l'enfant :

Les parents s'engagent à fournir à l'assistant(e) maternel(le) un thermomètre qui sera réservé à leur enfant. (Dans le sac de l'enfant).

L'assistant(e) maternel(le) veillera à respecter les règles d'hygiène et les règles de bonne pratique de la prise de température.

Type de température autorisée par les parents : (Rayer les mentions inutiles)

- Rectale (par le rectum)
- Buccale (par la bouche)
- Tympanique (par l'oreille)
- Axillaire (sous l'aisselle)
- Temporale (sur la tempe), frontale (sur le front).

Commentaires :

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

→ **4-2/Accueil de l'enfant en cas de maladies.**

- si l'assistant(e) maternel(le) émet des réserves, celles-ci doivent être précisées dans commentaires ci-dessous.

Pour information : Les enfants atteints de certaines [maladies contagieuses ne sont pas accueillis en collectivités \(Evictions\)](#) afin de préserver la santé des autres enfants.

Le document ci-dessous a été réalisé à partir du guide « collectivités de jeunes enfants et maladies infectieuses » édité par le ministère de la santé, la société française de pédiatrie et l'assurance maladie.

| Maladies | Evictions Obligatoires (les enfants doivent cesser de fréquenter leur collectivité). Retour avec un certificat de non contagiosité ou sur présentation d'un certificat avec les dates de fin d'évictions. |
|--------------------------------------|--|
| Angines bactériennes à streptocoques | OUI |
| Coqueluche | OUI. |
| Diphthérite | OUI. jusqu' à négativation de 2 prélèvements. |
| Gale | OUI. jusqu' à négativation de l'examen parasitologique. |
| Gastroentérite à E.Coli | OUI. Retour après 2 coprocultures (examen des selles) négatives. |
| Gastroentérite à Shigelles | OUI. Retour après 2 coprocultures (examen des selles) négatives. |
| Hépatite A | OUI. |
| Impétigo | OUI si lésions non protégées pendant 72 heures après le début de l'antibiothérapie. NON si lésions protégées mais prévoir antibiothérapie. |
| Infections invasives à méningocoques | OUI |
| Infections à pneumocoques | OUI |
| Méningites à Haemophilus B | OUI jusqu'à la guérison clinique. |
| Oreillons | OUI |
| Rougeole | OUI |
| Scarlatine | OUI |
| Teigne du cuir chevelu | OUI |
| Tuberculose | OUI |
| Typhoïde ou paratyphoïde | OUI |
| Varicelle | OUI – contagiosité 2 jours avant l'apparition des vésicules et 5 jours après. |
| | Evictions conseillées |
| Conjonctivites | Jusqu'à amélioration des symptômes et traitement avec ordonnance. |
| Bronchiolite | Jusqu'à amélioration des symptômes |

Pas d'évictions pour le syndrome Pieds/mains/bouche, Molluscum contagiosum, Otites, Rhinopharyngites, Roséole, Rubéole.

Commentaires :.....

.....

→ **4-3/Renseignements médicaux concernant la santé de l'enfant**

Les parents seront informés le plus tôt possible de tout problème de santé de leur enfant.

Précisions relatives à la santé de l'enfant (Maladies, Allergies, Médicaments interdits,....) :

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

En cas de maladie de l'enfant, quelle organisation peut être mise en place ?

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

Suite à un problème de santé (Diarrhée ou vomissements) et si l'enfant nécessite des soins d'hygiène spécifiques les parents doivent préciser s'ils autorisent l'assistante maternelle à donner un bain ou une douche.(si l'enfant n'a pas de fièvre).

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

Numéro (s) de téléphone des parents :

Médecin à contacter : Tel :

Numéro de téléphone d'urgence :

- Pompiers : 18
- SAMU : 15
- Appel d'un portable : 112
- Centre anti poison : 04 72 11 69 11

Dans le cas où l'assistant(e) maternel(le) avance les frais médicaux et pharmaceutiques, ceux-ci seront remboursés intégralement par les parents.

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le):

5/AUTORITE PARENTALE

L'autorité parentale est exercée par :

Mmeet/ou M.....

En cas de séparation ou de divorce les parents doivent fournir une copie de la notification de droit de garde délivrée par le juge des affaires familiales. L'assistante maternelle devra être informée de toute modification.

Je soussigné(e), Mme ou M.....
autorise Mme ou M..... à reprendre mon enfant.....
chez l' assistant(e) maternel(le).

Préciser si closes particulières (ex : les jours de la semaine) :

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

Autres personnes autorisées à reprendre l'enfant chez l'assistant(e) maternel(le): Il est souhaitable que la ou les personnes désignées soient présentées à l'assistant(e) maternel(le), à défaut qu'elles soient en possession de leur pièce d'identité.

.....
.....

Délégation d'accueil en cas d'urgence.

Nous soussignés, M et Mme.....
père et mère de l'enfant.....

Autorisons*

N'autorisons pas*

*Rayer la mention rejetée

M ou Mme..... Assistant(e) maternel(le), **en cas d'absence IMPERATIVE et à titre exceptionnel et si les parents ne peuvent pas assurer immédiatement l'accueil de l'enfant**, à le confier :

- A un membre majeur de la famille de l'enfant.....
- A une autre assistante maternelle :
- A la crèche ou multi-accueil de la commune :

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le) :

6/ DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés, M et Mme.....
père et mère de l'enfant.....

Autorisons*

N'autorisons pas*

**Rayer la mention rejetée*

Mou Mme..... assistant(e) maternel(le) agréé
A prendre des photos et/ou à filmer mon enfant.....

Dans le cadre du respect de la vie privée et du droit à l'image, les photographies ou films pris par l'assistante maternelle et transmis aux parents ne pourront en aucun cas apparaître dans aucun des réseaux sociaux, dès lors que les parents des autres enfants apparaissant sur l'image n'ont pas donné leur propre autorisation à cette fin.

Préciser si des réserves sont émises :.....
.....
.....

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le):

7/ AUTORISATION DE SORTIES

Nous soussignés, M et Mme.....
père et mère de l'enfant.....

Autorisons*

N'autorisons pas*

**Rayer la mention rejetée*

Mou Mme..... assistant(e) maternel(le) agréé, sous réserve d'en être préalablement informés, à emmener notre enfant :

- Au Relais Assistante Maternelle
- Au parc, ludothèque, bibliothèque
- Pour les trajets scolaires de l'enfant accueillis
- Pour les trajets en voiture
- Autres.....

AUTORISATION concernant le déplacement en voiture

Nous soussignés, M et Mme.....
père et mère de l'enfant.....

Autorisons*

N'autorisons pas*

**Rayer la mention rejetée*

Mou Mme..... assistant(e) maternel(le) agréé, sous réserve d'en être préalablement informés, à circuler dans son véhicule personnel avec l'enfant dans les conditions de sécurité prévues par la législation en vigueur (siège auto ou réhausseur homologués obligatoires) et sous couvert d'une assurance étendue à l'usage professionnel :

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le):

ANNEXE AU CONTRAT DE TRAVAIL
8/ REMARQUES PARTICULIERES

Fait le/...../..... à

Signature des parents (précédée de « lu et approuvé ») :

Signature de l'assistant(e) maternel(le):