

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**INTEGRATION INDIVIDUELLE EN  
STRUCTURE DU JEUNE ENFANT**

**PROTOCOLE D'ACCUEIL PERSONNALISE (PAP)**

**Structure : Multi accueil collectif de  
Bellesagne**

**Adresse : 20 Allée R. Fages  
48000 MENDE**

**Tel. : 04.66.94.20.08**

## SITUATION DE L'ENFANT

<b>Nom/prénom de l'enfant</b>	<b>Date de naissance</b>

<b>Nom/prénom du père</b>	<b>Nom/prénom de la mère</b>
N° Téléphone :	N° Téléphone :
N° Téléphone travail :	N° Téléphone travail :

<b><u>Médecin traitant</u></b>	N° Téléphone :
<b><u>Pédiatre</u></b>	N° Téléphone :

### **Coordonnées de l'équipe soignante :**

<b><u>Référent</u></b>	N° Tél :
<b><u>Adresse :</u></b>	

## **1/ Motifs de la mise en place du projet personnalisé :**

## **2/ Projet**

- **Attentes de la famille**

### 3/ Besoins de l'enfant

<p><b>Parents</b></p>	
<p><b>Equipe éducative</b></p>	
<p><b>Intervenants extérieurs</b></p>	

#### **4/ Objectifs et moyens mis en œuvre**

<p><b>Parents</b></p>	
<p><b>Equipe éducative</b></p>	
<p><b>Intervenants extérieurs</b></p>	

**En date du :**  
**A réévaluer le :**

## **5/ Organisation de l'accueil**

<b>Personne référente</b>	
---------------------------	--

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
<b>Accueil à la crèche</b>					
<b>Fréquence d'accueil spécialisé</b>					

## **5/ Signataires :**

**Protocole établi le :**

<b>Médecin traitant ou Pédiatre</b>	<b>Médecin de crèche</b>

<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Intervenant extérieur</b>	<b>Equipe éducative</b>

<b>La structure d'accueil</b>	<b>Représenté par :</b>

*Les éléments mentionnés dans ce projet sont confidentiels et soumis au secret médical et secret professionnel*