

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

Nom/prénom de l'enfant	Date de naissance

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

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

Coordonnées de l'équipe soignante :

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

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

2/ Projet

- **Attentes de la famille**

3/ Besoins de l'enfant

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

4/ Objectifs et moyens mis en œuvre

<p style="text-align: center;">Parents</p>	
<p style="text-align: center;">Equipe éducative</p>	
<p style="text-align: center;">Intervenants extérieurs</p>	

En date du :
A réévaluer le :

5/ Organisation de l'accueil

Personne référente	
---------------------------	--

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Accueil à la crèche					
Fréquence d'accueil spécialisé					

5/ Signataires :

Protocole établi le :

Médecin traitant ou Pédiatre	Médecin de crèche

Père	Mère	Intervenant extérieur	Equipe éducative

La structure d'accueil	Représenté par :

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