

PROJET

d'accueil individualisé



Nom :

Prénom :

.....

.....

ACCUEIL DU JEUNE ENFANT



PRÉAMBULE

Pour favoriser une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant accueilli, il est nécessaire de définir par écrit la conduite à tenir pour répondre au mieux à son bien-être. Celle-ci peut être élaborée lors d'une rencontre réunissant les parents et le médecin. L'assistant maternel et l'infirmier en puériculture de la Protection maternelle infantile (PMI) peuvent y être associés.

Ce document sert de base aux échanges entre les différents acteurs qui assurent la gestion de l'enfant. Il reprend les éléments importants de son quotidien et les soins éventuels à prodiguer. Il sera réadapté chaque année en fonction de l'évolution de l'enfant.

ASSISTANT MATERNEL

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : / / / /

PROJET ÉTABLI LE : / /

ENFANT CONCERNÉ

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Date de naissance : / /

PERSONNES À PRÉVENIR

LES URGENCES

- Sur téléphone standard :15
- Sur téléphone portable : 112

PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX

■ Monsieur

Nom :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

■ Madame

Nom :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

■ Personne à contacter en cas d'absence des parents

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /



COORDONNÉES DES PERSONNES QUI SUIVENT L'ENFANT

MÉDECIN QUI COORDONNE LE SUIVI DE L'ENFANT

Nom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : / / / /

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Nom du médecin :

.....

Nom du service :

.....

.....

Téléphone : / / / /

Autres renseignements :

.....

.....

.....



AUTRES

Pédopsychiatre, psychologue, allergologue, Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, service social...

■ Nom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : / / / /

■ Nom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : / / / /

■ Nom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : / / / /



TRAITEMENT MÉDICAL QUOTIDIEN

À ADMINISTRER SUR LE LIEU D'ACCUEIL

■ joindre les ordonnances

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	À conserver au frais ? (oui / non)

■ Notes :
.....
.....
.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE ET INTOLÉRANCES

ALLERGIES

	Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir
Signes cliniques mineurs		
Signes cliniques majeurs		

■ Notes :

.....

.....

.....

.....

.....



TRAITEMENT MÉDICAL D'URGENCE FOURNI PAR LES PARENTS

- Joindre les ordonnances
- À administrer sur le lieu d'accueil

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	À conserver au frais ? (oui / non)

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

STADE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIFFICULTÉS DE L'ENFANT - SES LIMITES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SES BESOINS

Définition des besoins permettant d'adapter les moyens à mettre en place.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE AU SEIN DU LOGEMENT

DE L'ASSISTANT MATERNEL

- Aménagement et sécurisation de l'espace ou mobilier adapté en fonction des difficultés de l'enfant : installation au sol, position assise, portage par l'adulte, installation lors des changes, pour la sieste, lors des repas..

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■ **Type de repas et mode d'administration.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■ **Organisation au quotidien avec l'enfant en situation de handicap ou porteur de maladie chronique, avec les autres enfants au moment :**

- **des repas :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **des sorties :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **des déplacements :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **des jeux :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **des changes :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **de la sieste :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **autres :**
-
-
-
-
-
-
-
-

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNÉES

MÉDECIN DE L'ENFANT

ASSISTANT MATERNEL

PARENTS OU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

CONTACTS

SECRÉTARIATS PMI CHARGÉS DES ASSISTANTS MATERNELS

Territoire du Roannais

31-33 rue Alexandre Raffin
42328 Roanne cedex
Tél. 04 77 23 24 17

Territoire de Saint-Étienne

4 rue Victor Duchamp
42026 Saint-Étienne cedex 1
Tél. 04 77 59 98 03

Territoire du Forez

53 rue de la République - CS 20184
42604 Montbrison cedex
Tél. 04 77 96 56 05

Territoire du Gier Ondaine Pilat

31 rue de la République BP 159
42403 Saint-Chamond cedex
Tél. 04 77 29 27 27

Plus d'infos :

www.loire.fr/documentspmi

ACCUEIL DU JEUNE ENFANT