

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Un protocole individualisé (PAI) peut être proposé dans le cas où l'assistant(e) maternel(le) accueille à son domicile un enfant en situation de handicap et/ou atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Ce protocole permet de définir les aménagements nécessaires pour accueillir l'enfant, et les conduites à tenir en cas d'urgence.

Il est signé par les parents ou représentants légaux, et l'assistant(e) maternel(le). Il ne dispense pas d'une ordonnance médicale au nom de l'enfant, si besoin est.

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Âge :
Adresse :	Commune :

Il est important d'adapter le protocole, à chaque situation selon la déficience, l'incapacité, ou encore la pathologie. Il est important de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné.

Il est préconisé d'effectuer le premier protocole à l'issue d'une période d'observation et d'adaptation d'une durée d'un mois. Il est important de le réactualiser chaque année.

Avec l'accord des parents ou représentants légaux, toutes les informations pouvant être utiles à l'accueil de l'enfant au domicile de l'assistant(e) maternel(le) seront jointes à ce protocole. Notamment dans certains cas des informations d'ordre médical (traitement, régime, autre....).

L'objectif du protocole est de permettre à l'assistant(e) maternel(le) d'organiser l'accueil de l'enfant, de lui proposer des activités et un environnement adaptés, et qu'il puisse le cas échéant bénéficier de son traitement médical, ou des soins spécifiques nécessaires à son bon développement. Ce document est important pour l'assistant(e) maternel(le) en cas de situation d'urgence. L'assistant(e) maternel(le) doit assurer une discrétion professionnelle au regard des informations médicales dont il/elle dispose.

Je soussigné(e).....père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant (nom, prénom)..... la mise en place d'un protocole à partir, si besoin, de la prescription et/ou du protocole d'intervention du Médecin, M./Mme.....

Signature du représentant légal :

Date :



PARTIES PRENANTES

- Parents ou Représentants légaux :

PARENTS	Père	Mère	Représentants légaux
Nom - Prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			
Adresse Mail			

- L'assistant(e) Maternel(le)

Nom-Prénom	
Adresse domicile	
N° agrément	
Téléphone	
Adresse mail	

PERSONNES RESSOURCES

Pour l'Assistant(e) Maternel(le)	En Crèche, structure d'accueil collective	Spécialiste de la santé
<p style="text-align: center;">Puéricultrice de PMI</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Directeur de la structure :</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Médecin traitant/ Spécialiste</p> <p>Nom : Tél :</p>
<p style="text-align: center;">Médecin de PMI</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Référent de l'enfant</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Kinésithérapeute, orthophoniste, autre...</p> <p>Nom : Tél :</p>
		<p style="text-align: center;">Kinésithérapeute, orthophoniste, autre...</p> <p>Nom : Tél :</p>

École	Accueil de loisirs	Garderie Périscolaire
<p style="text-align: center;">Enseignant</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Directeur</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Animateur</p> <p>Nom : Tél :</p>
<p style="text-align: center;">AVS ou EVS</p> <p>Nom : Tél :</p>	<p style="text-align: center;">Animateur référent</p> <p>Nom : Tél :</p>	

TRAITEMENT

1 - Traitement médicamenteux : prise de médicaments par voie orale ou inhalation ou injection.

- Sur demande écrite des parents (décharge à joindre au protocole)
- Selon l'ordonnance médicale et/ou le protocole du médecin (à joindre au protocole)

Nom du médicament	Doses	Durée du traitement

2 - Autre : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie,...

Nom du professionnel	discipline	Durée et fréquence des interventions

AMÉNAGEMENTS – MODALITÉS D’ACCUEIL

1 - Besoins particuliers de l'enfant :

✓ rythmes de l'enfant :

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

✓ matériel spécifique :

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

✓ surveillance particulière :

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

✓ aménagement de l'espace de vie :

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

✓ autre :

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



2 - Régime alimentaire et/ou panier-repas

▪ *Le repas du midi :*

- Paniers repas seuls autorisés
- Menu habituel avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Restauration collective autorisée
- Autre (préciser) :

▪ *les goûters :*

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par la famille
- Autre (préciser) :

3 - Activités manuelles, arts plastiques :

(A titre d'exemple pour les allergies, une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux)

.....
.....

4 - Activités physiques et motrices :

.....
.....

5 - Transports et déplacements :

.....
.....

6 - Sorties :

.....
.....



Le protocole ne dispense pas d'un dialogue permanent entre le(s) parent(s) et l'assistant(e)maternel(le).

Les deux parties s'engagent à l'évaluer pour l'adapter aussi souvent que nécessaire.

Date :

Signature parents:

Signature assistant(e) maternel(le) :

