

## PROJET ACCUEIL PERSONNALISE (PAP)

NOM – Prénom de l'enfant :	Date de naissance :

NOM – Prénom du Père	NOM – Prénom de la Mère
N° tél domicile :	N° tél domicile :
N° tél portable :	N° tél portable :
N° tél travail :	N° tél travail :

MEDECIN TRAITANT :	N° tél :
PEDIATRE :	N° tél :

### Coordonnées de l'équipe soignante spécialisée

REFERENT :	N° tél :
Adresse :	

### 1/ MOTIFS DE LA MISE EN PLACE DU PROJET PERSONALISE :

--

--

## 2/ PROJET :

Attentes de la famille :

--

## 3 /BESOINS DE L'ENFANTS :

PARENTS	
EQUIPE EDUCATIVE	

INTERVENANTS EXTERIEURS	
----------------------------	--

#### 4/ OBJECTIFS ET MOYENS MIS EN OEUVRE

PARENTS	
EQUIPE EDUCATIVE	
INTERVENANTS EXTERIEURS	

En date du:

A réévaluer le:

- 
- 
- 
-

## 5/ ORGANISATION DE L'ACCUEIL :

PERSONNE REFERENTE :	
----------------------	--

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
ACCUEIL A LA CRECHE:					
FREQUENCE D'ACCUEIL SPECIALISE					

## 5/SIGNATAIRES :

DATE :
--------

MEDECIN TRAITANT ou PEDIATRE		MEDECIN CRECHE	
PERE :	MERE :	INTERVENANTS EXTERIEURS	EQUIPE EDUCATIVE

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